DE TANGVERLOSSINGEN

AAN DE

UNIVERSITEITS VROUWENKLINIEK

TE AMSTERDAM.

C. F. BRIX.

DE TANGVERLOSSINGEN

AAN DE

UNIVERSITEITS VROUWENKLINIEK

TE AMSTERDAM.

DE TANGVERLOSSINGEN

AAN DE

UNIVERSITEITS VROUWENKLINIEK

TE AMSTERDAM.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

DR. H. W. BAKHUIS ROOZEBOOM,

Hoogleeraar in de Faculteit der Wis- en Natuurkunde,

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN

op Woensdag 29 Juni 1904, des namiddags te 4 uren

IN DE

AULA DER UNIVERSITEIT

DOOR

CAREL FERDINAND BRIX,

Arts,

GEBOREN TE AMSTERDAM.

BOEK- EN KUNSTDRUKKERIJ, V/H. ROELOFFZEN-HÜBNER EN VAN SANTEN, AMST.

Aan mijne Ouders

en

mijne aanstaande Vrouw.

Bij het eindigen mijner academische loopbaan, is het mij een voorrecht openlijk een woord van dank te brengen aan U allen, Hoogleeraren, Lectoren en Privaat-Docenten der Geneeskundige Faculteit en die der Wis- en Natuurkunde, voor het onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

U, Hooggeachte Promotor, Hooggeleerde TREUB, ben ik in 't bijzonder dank verschuldigd, niet alleen voor uw voortreffelijk en aangenaam onderricht, maar ook voor de groote welwillendheid, waarmede Gij mij bij de samenstelling van dit Proefschrift steeds behulpzaam zijt geweest.

INLEIDING.

Hoewel in de elfde eeuw Arabische geneesheeren, zooals AVICENNA en ALBUKASEM den forceps reeds schijnen gekend te hebben, 1) vinden we de eerste afbeeldingen en beschrijvingen van instrumenten, die op den forceps gelijken in een werk van JACOB RUEFF, „bürger und Steinschnijder der löblichen stadt Zürich." Het was getiteld „De conceptu et generatione hominis" en verscheen in het jaar 1553. Rueff beschrijft daarin twee instrumenten het „Rostrum anatis", dat van scherpe tanden voorzien was en vermoedelijk diende om het kind te verkleinen, en de „Forceps longa et tersa," die uit twee gekruiste rechte lepels bestond. Rueff gebruikte beide instumenten echter slechts om doode kinderen te extraheeren.

De eerste, aan wien de eer toekomt een instrument gepubliceerd te hebben, om zonder veel nadeelen levende kinderen te extraheeren, is JOHAN PALFIJN, 2) Chirurg en Professor in de Anatomie te Gent. Deze toonde in 1716 aan de Academie

---

1) E. Ingerslev. Die geburtszange. Stuttgart 1891.

2) E. Ingerslev, l. c.

J. Poullet. Des diverses espèces de forceps. Paris, 1883.

te Parijs zijn tang, die nog zeer primitief was en uit twee losse, ongevensterde rechte lepels bestond.

Terzelfder tijd werden echter ook reeds in Engeland tangverlossingen verricht door de CHAMBERLEN'S, die van vader op zoon het beroep van geneesheer uitoefenden en zich voornamelijk op de verloskunde toelegden. Zij hielden hunne uitvinding echter geheim en verkochten haar later aan Roonhuysen, die zoo mogelijk probeerde er nog meer geld uit te slaan, dan de Chamberlen's gedaan hadden. Hoewel nog niet met zekerheid is uitgemaakt of ROONHUYSEN in het bezit kwam van slechts één lepel of van beide, zeker is het, dat hij en degenen waaraan hij zijn geheim verkocht, op de gemeenste wijze daarmede handel dreven, zoodat zelfs een in 1786 door het medisch-pharmaceutisch college te Amsterdam uitgegeven decreet bepaalde, dat niemand in Holland de verloskunde mocht uitoefenen, indien hij niet in het bezit was van het zoogenaamde „Roonhuysiaansche geheim," dat slechts tegen grof geld te verkrijgen was.

Hugo van de Poll en Jacob de Visscher hebben later het „Roonhuysiaansch geheim" bekend gemaakt, terwijl in Engeland de tangen door Chamberlen's gebruikt op toevallige wijze gevonden zijn. Het waren twee rechte gevensterde lepels, veel grooter, dan die welke door Palfijn werden gebruikt; de handvatsels werden gekruist en door een pen of een band aan elkaar bevestigd.

Omstreeks 1750 werd een werkelijke verbetering aan de tang aangebracht door LEVRET in Frankrijk, door SMELLIE in Engeland. LEVRET 1) nam om de gevensterde bladen aan elkaar te bevestigen eerst een slot met beweegbare as, de zoogenaamde „axe ambulant", later de „axe tournant." Op de eene lepel was een draaibare pen bevestigd, in de andere lepel was een gat, waarin de pen juist paste. Doch de voornaamste veran-

1) H. Levret. Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements enborieux. Paris 1780.

dering was de bekkenkromming, „la nouvelle courbure", die hij aan de tang gaf, daar hij gemerkt had, dat zonder bekkenkromming het perineum zeer gemakkelijk inscheurde. Bovendien had de nieuwe tang dit voordeel, dat men er een hoog staanden schedel mede kon grijpen en extraheeren, hetgeen met een rechte tang niet mogelijk was, daar dan het hoofd slechts met een klein segment gepakt werd en de tang afgleed. Terwijl vroeger geen bepaalde regels bestonden voor het aanleggen van de tang en dit slechts geschiedde als de schedel van het kind beklemd was geraakt in het bekken, is Levret de eerste geweest, die daaromtrent nadere aanduidingen gaf. Hij zag in dat de hoofdwerking, die men met de tang kon uitoefenen bestond in trekking, niet in druk, en voor de wijze waarop de trekking moest geschieden, gaf hij regels, die heden ten dage nog kunnen gelden.

Levret legde de tang echter op een bijzondere wijze aan; voor de forceps n.l. maakte hij een uitzondering op den regel, dat men geen instrument in de diepte mag inbrengen dan op geleide van een vinger of de hand. Indien toch de schedel werkelijk beklemd ware, zou het onmogelijk zijn de vingers tusschen schedel en bekkenbeenderen in te voeren; kon men nog wel de vingers inbrengen, dan achte hij aanleggen van de tang overbodig en wilde hij de baring aan de natuur overlaten. Hij legde den forceps op de volgende wijze aan. Hij zocht de plaats op, waar de minste beklemming van den schedel bestond; was dit bijv. rechts, dan voerde hij de linker lepel op die plaats in, terwijl de convexiteit van de bekkenkromming naar boven gericht was, waarna de lepel met kleine zagende bewegingen naar de tegenovergestelde bekkenhelft gebracht werd; dan werd de rechter lepel op dezelfde plaats als de linker ingebracht, terwijl nu echter de convexiteit van de bekkenkromming naar beneden gekeerd was; de lepels werden dan vereenigd en de extractie verricht.

Levret legde de tang aan, als de schedel van het kind ingeklemd was in het bekken; als oorzaken van die inklemming

noemt hij bekkenvernauwing, groote schedel en verkeerde ligging van het kind. WALDBAUM, 1) die de eerste uitgave van het werk van Levret in het Duitsch vertaalde voegde zelf aan die oorzaken nog toe Prolapsus uteri, Prolapsus recti, Urethraalsteenen, terwijl hij terloops even opmerkt, dat aanleggen van den forceps ook wel noodig is, als het leven van de moeder in gevaar komt. Later deelde Levret nog eenige gevallen mede, waarin hij de baring forcipaal getermineerd had, n.l. bij weeënzwakte, uitgezakte arm naast het hoofd, eclamptische toevallen en algemeene zwakte van de moeder.

De forceps die SMELLIE 2) invoerde was kleiner dan die van Levret; hij had ook de bekkenkromming, terwijl de lepels met leder overtrokken waren, ten einde de vrouw minder letsel te doen; de twee bladen van de tang werden aan elkaar bevestigd, doordat het eene blad in een gleuf van het andere gepakt werd. Smellie legde de tang steeds aan over de ooren van het kind; waren de ooren naar de zijkanten van het bekken gekeerd, m. a. w., verliep de pijlnaad in de rechte afmeting, dan werd de tang dwars aangelegd; waren de ooren van het kind naar voren en achteren gekeerd, m. a. w. verliep de pijlnaad schuin of dwars, dan werd de tang schuin aangelegd. Met nadruk wees Smellie op de noodzakelijkheid de lepels steeds op geleide der vingers in te voeren. Ook gebruikte hij de tang reeds om den schedel te roteeren en een gunstiger positie in het bekken te geven.

Smellie stelde ook nadrukkelijk als indicatie voor het gebruik van den forceps: het levensgevaar voor moeder of kind. Hij voerde 7 oorzaken aan, waardoor het leven der moeder of kind in gevaar kon worden gebracht, n.l.

1e. Groote zwakte der moeder, ten gevolge van digestiestoornissen, braken, diarrhoe en bloedingen uit de uterus.

---

1) S. Wachsner. Geschichte der Indicationen für die Anwendung der Geburtszange. Inaug. Diss. Berlin 1870.

2) W. Smellie. A treatise on the theory and practice of midmisery. London 1752. Vol. I.

2e. Verdriet en psychische emoties, waardoor de weeën geheel uit konden blijven.

3e. Groote rigiditeit van het ostium uteri, de vagina of vulva, hetgeen voornamelijk bij primiparae voorkwam.

4e. Een nauw of vervormd bekken bij kleine vrouwen of bij vrouwen, die in de jeugd Rachitis gehad hadden.

5e. Buitengewone ossificatie van den schedel, waardoor de beenderen minder vervormbaar werden.

6e. Verkeerde schedelliggingen, voorhoofds- en aangezichtsliggingen.

7e. Omstrengeling van den navelstreng of contractie van den uterus om de scapula.

Uit het bovenstaande ziet men, dat hij het leven van de moeder hooger stelde, dan dat van het kind. Dezelfde indicaties liet Smellie gelden voor de versie en extractie, alleen met dit onderscheid, dat dan de schedel nog niet ingedaald mocht zijn. Ook hield hij vast aan den regel, dat in alle gevallen, waarin het bekken te nauw en de schedel te groot was, het hoofd van het kind verkleind moest worden; versie kon dan geen dienst doen, doch voorzichtige pogingen met de tang konden eerst aangewend worden.

Later publiceerde Smellie eenige gevallen, waarin hij de baring met de tang had getermineerd, hoewel noch het leven van de moeder, noch dat van het kind in gevaar verkeerde; de indicatie was in die gevallen „weeënzwakte." Hij greep echter niet dadelijk naar den forceps, indien weeënzwakte optrad, doch elk geval op zich zelf werd rijpelijk overwogen; indien na lang wachten de baring niet opschoot en de weeën noch door rust, noch door prikkelende middelen konden teruggeroepen worden, dan eerst werd de baring per forcipem getermineerd.

Baudelocque 1), die omstreeks 1780 den bekkenpasser uitvond, heeft vooral, zooals te verwachten was, gewicht gelegd op de verhoudingen tusschen de grootte van den schedel en de

1) Baudelocque. L'art des accouchements. Paris 1815.

wijdte van het bekken. Hij verlengde de lepels van de tang, om den slechts weinig ingedaalden schedel te kunnen pakken. Voorts onderscheidde Baudelocque het zoogenaamde hangen blijven van den schedel van de beklemming, hetgeen een ergere graad was. De beklemming kon alleen ontstaan door wanverhoudingen tusschen schedel en bekken of door verkeerde schedelliggingen. In deze gevallen was het geraden de baring te termineeren, vooral met het oog op het levensgevaar van het kind. Het hangen blijven werd veroorzaakt door een vernauwing van den bekkenuitgang; ook dan moest de tang aangelegd worden.

De indicaties, die Baudelocque gaf voor het aanleggen van de tang, verdeelde hij in onvoorwaardelijke en voorwaardelijke. Tot de eerste rekende hij die gevallen van beklemming, waarbij men slechts de keus had tusschen perforatie en aanleggen van de tang; als de ruimte van het bekken het dus nog eenigszins toeliet, maakte hij gebruik van den forceps. Voorwaardelijk was de indicatie, wanneer een spontane afloop van de baring zeer goed mogelijk was, doch verhaasting daarvan noodig werd gemaakt door bloedingen, eclampsie, bewusteloosheid, enz.

Het zou mij te ver voeren, indien ik van alle bekende verloskundigen na Baudelocque, wilde nagaan, welke indicaties zij gesteld hebben. Alleen wil ik hier nog vermelden in welke gevallen BUSCH 1) den forceps appliceerde, daar zijne indicaties vrij juist zijn. Hij termineerde de baring forcipaal:

1e. bij levensgevaar van de moeder, dat ontstaan kon door zwakte, toevallen, bloedingen, braken, enz.

2e. bij levensgevaar van de vrucht, ontstaan door omstrengeling of scheuring van de navelstreng, en loslating der placenta.

3e. in die gevallen, waarin wanverhouding bestond tusschen schedel en bekken, zoodat het kind durante partu sterven kon. Hiertoe rekende hij bekkenvernauwing, beklemming van den schedel en weeënzwakte.

1) Busch. Lehrbuch der Geburtskunde. Berlin 1842.

Zooals men ziet dus ook slechts omstandigheden, waardoor het leven van moeder of kind in gevaar werd gebracht.

De tang, die tegenwoordig hier te lande het meest gebruikt wordt, is de tang van NAEGELE, die voorzien is van de haken van BUSCH, en het slot van BRUNINGHAUSEN, dat in 1802 uitgevonden, nog steeds het type van het Duitsche slot is. Het is, als het ware een combinatie van het Fransche en Engelsche slot; de twee lepels worden n.l. vereenigd èn door een pen op het eene blad, een inkeeping in het andere, èn door een gleuf in beide bladen.

Een uitvoeriger beschrijving van deze tang te geven, is hier overbodig; in de meeste handboeken toch wordt dit gedaan, terwijl in elke catalogus van medische instrumenten deze tang afgebeeld is. In Frankrijk wordt behoudens kleine wijzigingen nog steeds de tang van Levret, in Engeland de tang van Smellie gebruikt. In later jaren zijn sommige obstetrici gebruik gaan maken van de zoogenaamde „astrekkingstangen"; daar deze tangen alleen van eenige waarde zijn, wanneer de schedel zeer hoog staat en door een nauwe bekkeningang moet gehaald worden, m. a. w. wanneer de „hooge tang" aangelegd wordt, kom ik in het hoofdstuk „hooge tang" nader op dit model terug.

Terwijl men vroeger dacht, dat de werking door den forceps uitgeoefend, uitsluitend in druk bestond, waardoor de diameter van den schedel verkleind werd, thans weten we dat de trekkende kracht, die men met de tang kan uitoefenen de voornaamste is, al wordt natuurlijk de schedel daarbij gedrukt. Wij gebruiken de tang als het ware, als een verlengstuk onzer handen, als een „tang" om den schedel stevig beet te pakken, in het bekken te trekken, te doen geboren worden of van positie in het bekken te doen veranderen.

Bij welke schedelstanden de tang gebruikt kan worden en

op welke wijze zij in verschillende gevallen aangelegd wordt, zal later besproken worden.

Vóor dat men echter den forceps appliceert, moet aan 4 voorwaarden voldaan zijn, n.l. 1e dat het ostium uteri voldoende ontsloten is, ten einde dit niet bij het inbrengen der lepels of bij de extractie van het kind te verscheuren, 2e dat de vliezen gebroken zijn, 3e dat het hoofd van normalen omvang en consistentie is, daar toch bij een te slap, te klein of te groot hoofd de tang af zal glijden, terwijl bovendien een te groote schedel niet dan na verkleining te extraheeren zal zijn, 4e dat het hoofd een gunstige plaats in het kleine bekken inneemt. Aan deze laatste voorwaarde behoeft echter niet steeds voldaan te zijn; ook al is de schedel nauwelijks ingedaald, is de applicatie van de tang mogelijk en soms ook geoorloofd, zooals we later zullen zien.

De indicaties, die men tegenwoordig algemeen aanneemt, om de baring forcipaal te termineeren, zijn:

1e. Levensgevaar voor de vrouw. Dit kan ontstaan door de baring zelve, en door andere oorzaken.

De baring zelf kan het leven van de vrouw in gevaar brengen, doordat zij te lang duurt en daardoor drukusuur of drukgangraen veroorzaakt. Als voorlooper hiervan doet zich kennen de optredende circulatiestoornis, die oedeem van de voorlip en de vulva doet ontstaan.

De andere oorzaken, die voor het leven der vrouw gevaarlijk zijn, zijn infectie, bloeding, eclampsie, hoogstaande contractiering, slechte algemeene gezondheidstoestand, enz.

2e. Levensgevaar voor de vrucht, dat ook weder ontstaan kan door de te lange duur der baring. Deze kan hier nadeelig werken door loslating van de placenta of door directen druk op de navelstreng. Dat het leven van het kind in gevaar is, kan men herkennen door de auscultatie der foetale harttonen. Deze toch worden bij onvoldoende oxygenatie (en wat geschiedt er anders bij loslating der placentra of druk op den navelstreng?) eerst door vagusprikkeling langzamer en krachtiger, daarna

door vagusparalyse frequenter, zwakker en onregelmatig.

3e. De zoogenaamde prophylactische indicatie. Wanneer bij volkomen ontsluiting, gebroken vliezen en ingedaalden schedel de baring niets verder komt, hetzij dat dit veroorzaakt wordt door bekkenvernauwing, hetzij door primaire of secundaire weeënzwakte, heeft men het recht de baring te termineeren, ook al dreigt nog geen gevaar voor moeder of kind. Door de lange duur van de baring zou dit echter kunnen ontstaan, en juist om dit te voorkomen wordt prophylactisch de extractie verricht. Dat men niet onmiddellijk, als men denkt, dat de baring niet spontaan zal verloopen, de tang aanlegt, spreekt vanzelf. Doch hoe lang zal men wachten? Volgens velen, doet men goed, zich te houden aan Pinard, die deze prophylactische indicatie voor het eerst zuiver formuleerde en den raad gaf eerst dan tot extractie over te gaan, als, bij volkomen ontsluiting en gebroken vliezen, de geheel ingedaalde schedel in twee uren niet dieper was gekomen.

Mag men echter alleen de baring termineeren, wanneer ook de spildraai geheel is volbracht? Sommigen raden aan bij diepen dwarsstand van den schedel niet in te grijpen, doch af te wachten tot de spildraai volbracht is. Het is mogelijk, dat dit laatste dikwijls gebeurt, maar evenzeer is het bekend, dat dit zeker even dikwijls niet gebeurt.

Uit de volgende bladzijden zal moeten blijken, in hoeverre de raad van Pinard een goede is, alsook of het prophylactisch termineeren van de baring bij onvolbrachten spildraai gerechtvaardigd is.

4e. Ten slotte bestaat nog een zoogenaamde sociale indicatie. Ter verklaring, wat hieronder verstaan moet worden, zal ik aanhalen, wat Prof. Treub hieromtrent in zijn Leerboek der Verloskunde zegt.

„De sociale indicatie vereischt nog meer dan de vorige „(prophylactische indicatie) van het plichtbesef van den medicus, „om niet misbruikt te worden, doch dit mag geen reden zijn, „haar niet te laten gelden. Zij kan ontstaan door de omstan-

„digheid, dat de accoucheur dringend noodig is bij eene andere „zijner patienten en de baring reeds zoo ver gevorderd is, dat „hij de barende niet mag verlaten, terwijl andere hulp noch „voor de een, noch voor de ander te krijgen is. Dan is, wan„neer alle voorwaarden voor eene eenvoudige tangverlossing „vervuld zijn, deze operatie zeer zeker geoorloofd."

Is bekkenvernauwing nog, evenals men vroeger dacht, een aanwijzing om den forceps aan te leggen? De bekkenvernauwing op zich zelf levert nooit een indicatie tot tangverlossing op; eerst, wanneer bij de bekkenvernauwing een der bovengenoemde indicaties komt, zal men gerechtigd zijn de tang aan te leggen. Het spreekt natuurlijk van zelf, dat ook aan de voorwaarden voor tangverlossing moet voldaan zijn.

Forcipiale termineering van de baring zal vooral aangewezen zijn bij bekkenuitgangsvernauwing; bij vernauwing van den bekkeningang zal men eerst versie en extractie beproeven; mocht echter dit onmogelijk blijken, doordat de schedel te vast staat, of doordat zich een contractiering gevormd heeft, dan zal men een keus moeten doen, al naar de omstandigheden zijn, tusschen het aanleggen van de hooge tang, perforatie, sectio caesarea en symphysio-(pubio-)tomie.

In de volgende bladzijden hoop ik een overzicht te geven van de tangverlossingen, die in de Vrouwenkliniek te Amsterdam zijn verricht, van af den dag, dat Prof. H. Treub, het hoogleeraarsambt aldaar aanvaardde tot 31 December 1903.

Ik zal de gevallen, naar de wijze waarop de tang werd aangelegd, verdeelen in 4 rubrieken, t. w. Dwarse tang, Rotatie volgens Lange, Rotatie volgens Scanzoni, en Hooge tang.

Hierbij zullen dan nader de methoden, om de tang aan te leggen, de indicaties en de resultaten daarvan voor moeder en kind besproken worden.

Vooraf echter nog eenige algemeene opmerkingen.

De forcipale extracties werden steeds in narcose verricht, behalve in 3 gevallen, waarbij dit uitdrukkelijk is vermeld, n.l.

1 maal bij een primipara wegens eclampsie, en 2 maal bij multiparae zonder opgegeven reden.

De voorbereiding van de vrouw geschiedde als volgt. De vrouw werd op het verhoogde eindbed gelegd, terwijl de beenen in heup en knie gebogen, door helpers werden vastgehouden. Nadat de schaamharen waren afgeschoren, werden de uitwendige geslachtsdeelen gewasschen met warm water en zeep, vervolgens met 1 p.m. sublimaatoplossing, daarna met alcohol en aether en nog eens met sublimaatoplossing. De inwendige geslachtsdeelen werden eerst met warm water en zeep gewasschen, en daarna met 3.5 p.ct. boorzuuroplossing uitgespoeld.

Dat ook degeen, die de extractie verrichtte, zijn handen behoorlijk reinigde en desinfecteerde, spreekt vanzelf.

De instrumenten (forceps, koorntang, naaldvoerder, naalden) werden gedurende 5 minuten uitgekookt in water met wat soda en daarna in een $2^1/_2$ pct. carboloplossing gelegd. Na de operatie werden zij wederom gedurende een half uur uitgekookt.

De forceps, die in alle gevallen werd gebruikt, is een tang van Naegele, met de volgende maten:

Geheele lengte langs de branches	38 c.M.
Afstand van het slot tot de uiteinden der handvatsels	17 „
Grootste breedte tusschen de vensters	7 „
Afstand tusschen de punten van de tang	1 „
Grootste breedte van de lepels (buitenkant)	4,5 „
Afstand van de punten tot het grondvlak	8 „

De tang van Mathieu werd slechts in één geval gebruikt.

De extractie en rotatie geschiedde steeds, ook bij de uitgangstangen, terwijl de forceps met beide handen vastgehouden werd, één hand aan de handvatsels, één aan de haken van Busch.

Uit de ziektegeschiedenissen blijkt niet steeds of de geheele extractie met de tang werd verricht of slechts gedeeltelijk en de verdere schedel met behulp van Ritgen's handgreep geboren werd.

HOOFDSTUK I.

DWARSE TANG.

In 94 gevallen werd de tang dwars aangelegd en wel 91 maal bij achterhoofdsligging, en 3 maal bij kruinligging.

Tot deze rubriek behooren ook 6 gevallen, waarbij de tang wel in een schuine afmeting werd aangelegd, doch de schedel spontaan met de kleine fontanel naar voren draaide.

a. Achterhoofdsligging met volkomen ingedaalden schedel en geheel volbrachten spildraai.

Deze ligging kwam 29 maal voor, en maakte het aanleggen van de zoogenaamde „uitgangstang" noodzakelijk. Eerst werd de linker-, dan de rechterlepel ingebracht, zoodanig dat zij in de dwarse afmeting van het bekken kwamen te liggen. Na sluiting van de tang en proeftractie, werd de schedel geëxtraheerd. Noch het aanleggen van de tang, noch de extractie zelf geven aanleiding tot verdere besprekingen.

1. S. H. C. 1896. N°. 196. I-para, 23 jaar, komt den 12^{en} Mei 10.30 P.M. in partu. Bij inwendig onderzoek op 13 Mei 1.45 A.M. blijkt er te zijn schedelligging a. l. v., schedel volkomen ingedaald, onbewegelijk; vliezen staan. Lang perineum, nauwe rima vulvae. Weeën zijn zeer gering.

13 Mei 6 u. P.M. vliezen breken spontaan; kleine fontanel staat nu in de rechte afmeting van den bekkenuitgang.

14 Mei 12.20 A.M. toestand hetzelfde; nadat vruchteloos handgreep van Ritgen is beproefd, wordt de forceps dwars aangelegd, na de episiotomia sinistra verricht te hebben, en het kind wordt geëxtraheerd.

Geen ruptura perinei. Episiotomie-wond wordt gehecht met 3 hechtingen.

Kind niet asphyctisch. Gewicht 3100 gram. Lengte 48 c.M.

Groote	omtrek van het hoofd	39 c.M.
Middelbare	» » » »	36 »
Kleine	» » » »	33 »
Diam.	fronto-occipitalis	13 »
»	mento- »	15 »
»	suboccipit-bregmatica	10,5 »
»	biparietalis	10 »
»	bitemporalis	8,5 »

Kraambed verloopt ongestoord.

2. E. G. K. 1896. N°. 211. I-para, 26 jaar, komt 19 Mei 10 P.M. in partu. Schedel balloteerend op bekkeningang, rug links. Weeën zijn zeer zwak.

Omvang buik	82	c.M.	Dist. Trochant.	28,5	c.M.
Omvang bekken	77	»	» Conj. Externa	18,5	»
Dist. spin.	22,5	»	» Conj. diagonalis	10,5	»
Dist. crist.	25	»	» Conj. Vera	9	»

Os coccygis sterk naar voren omgebogen.

De weeën blijven zeer zwak en volgen elkaar langzaam op tot 21 Mei 5 u. A.M.

21 Mei 10 u. P.M. De weeën zijn van 's morgens af sterk en bijna aanhoudend. Ontsluiting is nu volkomen, schedel geheel ingedaald, kl. fontanel links voor. 22 Mei 12.30 A.M. Daar de toestand hetzelfde is wordt de tang aangelegd, en kind geextraheerd. Een beginnende perineaal ruptuur maakte een rechtszijdige episiotomie noodzakelijk. Gedurende en na de extractie vloeit dunne pus af. Episiotomiewond gehecht met 7 en de ruptura perinei met 3 hechtingen.

Het kind, dat asphyctisch is, wordt met de handgreep van Schultze en warme en koude baden weer bijgebracht.

Gewicht van het kind 2750 gr. Lengte 45 cM.

Groote	omtrek hoofd	39,5 cM.
Middelbare	» »	36 »
Kleine	» »	30,5 »
Diameter	fronto-occip.	12,5 »
»	mento- »	14,5 »
»	suboccip.-bregmatica	10 »
»	biparietalis	10 »

Over het beloop van het puerperium is niets vermeld. 1 Juni verlaat pat. de kraaminrichting.

3. H. d. R. 1896. N°. 298. I-para, 23 jaar, komt 19 Juli 2 u. A.M. in partu. 20 Juli 8.15 A.M. op de verloskamer gekomen, blijkt dat het vruchtwater reeds is afgeloopen. De ontsluiting is volkomen, de schedel staat onbewegelijk in de bekkenholte, zoo goed als geheel ingedaald; de kleine fontanel het diepst, de pijlnaad in de rechte afmeting. Weeën met zeer lange tusschenruimten.

Daar 20 Juli te 11.45 A.M. de toestand nog onveranderd is, wordt chloroformnarcose geappliceerd en beproefd het kind door expressie te doen geboren worden met de handgreep van Kristeller. Daar dit onwerkzaam blijkt wordt om 12.30 P.M. de baring forcipaal getermineerd; de tang wordt dwars aangelegd, eerst de linker-, daarna de rechterlepel; bij het inbrengen van de linkerlepel wordt bij het linkeroor de linkerhand aangetroffen. De weeke deelen bieden zeer groote weerstand, en ontstaat er bij de forcipale extractie een perineaal ruptuur van 1 cM., waarna episiotomie gedaan wordt.

Placenta volgens de methode van Credé verwijderd, de episiotomie wond met 5 en de ruptuur met 3 hechtingen gehecht.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht; weegt 3121 gr., is 47 cM. lang, en heeft normale schedelmaten.

Puerperium; hiervan is weinig vermeld; vermoedelijk schijnt pat. een septichaemische infectie gehad te hebben. 19 Aug. wordt zij ontslagen.

4. A. V. 1896. N°. 322. I-para, 21 jaar, komt 3 Aug. 2.45 A.M. in partu. Schedel bewegelijk boven bekkeningang; rug links voor.

3 Aug. 11 u. P.M. ontsluiting 2 cM., vliezen gebroken, schedel nog niet geheel ingedaald. Weeën worden hoe langer hoe zwakker.

4 Aug. 8 u. 15 A.M. Ontsluiting volkomen, schedel geheel ingedaald, met kleine fontanel vóór, in de rechte afmeting. Partus wordt forcipaal getermineerd. Geen perineaal ruptuur; wel is de episiotomie gedaan.

Kind een weinig asphyctisch, weegt 3850 gr., is 52 cM. lang.

Groote	omtrek hoofd	40 cM.
Middelbare	» »	38 »
Kleine	» »	31 »
Diam.	fronto-occip.	12,5 »
»	mento »	14,5 »
»	suboccip-bregmatica	10 »
»	biparietalis	8,5 »
»	bitemporalis	8 »

Kraambed verloopt ongestoord.

5. H. J. E. d. J. 1897. N°. 114. I-para, 19 jaar. 2 April 4.45 A.M. Volkomen ontsluiting, vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel het diepst, vóór in de mediaanlijn.

8 u. A.M. De toestand is hetzelfde. De weeën zijn zeer zwak geworden.

12 u. M. Daar de baring niets gevorderd is, wordt zij forcipaal getermineerd; de tang wordt gewoon dwars aangelegd. Er ontstaat geen perineaal-ruptuur.

Het kind is asphyctisch, doch wordt bijgebracht.

Het weegt 4500 gr. is 54 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	39	cM.
Middelbare	» » » »	34	»
Kleine	» » » »	32	»
Diam.	fronto-occipit	13	»
»	mento- »	14,5	»
»	suboccip.-bregmat.	10	»
»	» -frontal.	11	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

6. A. B. 1897. N°. 140, I-para, 27 jaar, komt den 22 April 9 u. P.M. in partu.

24 April 10 u. P.M., de ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de pijlnaad in de rechte afmeting en de kleine fontonel het diepst.

25 April 4 u. A.M. De toestand is hetzelfde; de weeën zijn zeer zwak, de harttonen worden minder goed hoorbaar. Daarom wordt tot forcipale extractie besloten; de tang wordt dwars aangelegd; er ontstaat een kleine ruptura perinei, waarna episiotomie werd gedaan.

Het kind is een weinig asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3700 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

7. J. B., 1898. N°. 121. I-para, 19 jaar, komt 28 Maart, 2 u. P.M. in partu.

29 Maart 3 u. A.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel naar voren. 9 u. A.M. Toestand hetzelfde. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is zeer licht asptyctisch, het weegt 3420 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een geringe temperatuursverhooging.

8. A. J. W., 1898. No. 187. I-para, 36 jaar, komt 20 Mei 11 u. P.M. in partu.

21 Mei 9 u. P.M. zijn de vliezen gebroken, is er volkomen ontsluiting en staat de schedel in den bekkenuitgang, met de kleine fontanel vóór.

22 Mei 3 u. A.M. De baring is niet verder gekomen, waarom de tang dwars aangelegd wordt en de schedel geëxtraheerd. Hierbij ontstaat een kleine perineaal ruptuur.

De placenta wordt om 7 u. 30 manueel verwijderd. Pat. vloeit vrij hevig, waarvoor ze getamponneerd wordt.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3530 gr., is 55 cM. lang en heeft normale schedelmaten. Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

9. A. V., 1898 N°. 190. I-para, 24 jaar, komt 29 Mei 8 u. P.M. in partu. 30 Mei 1 u. 30 P. M. zijn de vliezen gebroken, is er volkomen ontsluiting, en is de schedel geheel ingedaald, met de kleine fontanel vóór, de pijlnaad in de rechte afmeting. Om 4 u. 15 P.M. is de toestand nog hetzelfde; daarom wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3440 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

10. J. J. B., 1899. N°. 53, II-para, 23 jaar, komt 26 Jan. te 1 u. A.M. in partu. Het eerste kind is spontaan geboren.

8 u. 30 P.M. Volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontonel vóór.

Daar te 10 u. 30 P.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaalruptuur tot aan den anus ontstaat.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 4100 gr. en is 53 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	40	cM.	
Middelbare	»	»	»	»	35	»	
Kleine	»	»	»	»	29	»	
Diam.	fronto-occip.				13	»	
»	mento-	»			16	»	
»	suboccip-bregmat.				10,5	»	
»	»	-front.			11,5	»	

Het kraambed verloopt ongestoord.

11. W. R., 1899. N°. 71. I-para, 28 jaar, komt 9 Febr. 12 u. N. in partu.

10 Febr. 4 u. 55 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel naar voren.

Daar de foetale harttonen zeer frequent worden, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel zonder moeite geëxtraheerd, evenals het overige deel van het kind. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2000 gr., is 47 cM. lang en heeft zeer kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord. Hoogste temp. 37.6°.

12. H. H. M. v. L., 1899. No. 112, II-para, 30 jaar, komt 4 Maart 3 u. A.M. in partu. Het eerste kind werd forcipaal geboren.

8 u. A.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald, met de kleine fontanel vóór. De rug van het kind is rechts te voelen.

10 u. 30 A.M. Daar de parties niet vordert, en de vrouw zeer pijnlijk is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de rest van het kind gemakkelijk volgt.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3480 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

13. J. B., 1899. N°. 138, I-para, 33 jaar, komt 28 Maart 7 u. P.M. in partu. 29 Maart 6 u. A.M. is er ± 5 cM. ontsluiting, en zijn de vliezen gebroken.

9 u. (P. of A.M.?) De ontsluiting is volkomen, het hoofd staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel vóór. De foetale harttonen worden onregelmatig en zwak, waarom de tang dwars aangelegd wordt en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind gemakkelijk gaat. Er ontstaat een perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2860 gr., is 50 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

14. E. S. M. R., 1899. N°. 338, I-para, 25 jaar, komt 5 Sept. 7 u. P.M. in partu. Pat. heeft veel albumen in de urine, de onderste extremiteiten zijn sterk oedemateus.

6 Sept. 12 u. M. De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is volkomen, de schedel staat voor den uitgang met de kleine fontanel vóór.

2 u. 30 P.M. Daar de baring niets gevorderd is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is licht asphyctisch, komt spoedig bij. Het weegt 3550 gr., is 52 c.M. lang, en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een zeer geringe kortdurende temperatuursverhooging. 21 Sept. wordt pat. ontslagen, hoewel de urine nog eiwit bevat.

15. C. S., 1899. N°. 388, I-para, 28 jaar, wordt 20 October, 4 u. P.M. op de verloskamer gebracht met diagnose: Eclampsia Parturientium. Hier gekomen krijgt zij dadelijk een aanval, die ongeveer 5 min. duurt.

6 u. 50 P.M. 2e aanval. Pat. krijgt 20 m.gr. morphine.
7 u. 30 » Pat. krijgt hypodermatoclyse van 500 gr. physiologische zoutsolutie.
8 u. 45 » 3e aanval. Pat. krijgt 20 m.gr. morphine. De portio staat nog; de vliezen zijn nog niet gebroken.
11 u. » 4e aanval.
21 Oct. 12 u. 40 A.M. 5e aanval.
7 u. 15 A.M. Het vruchtwater loopt af.

Te 8 u. 40 A.M. is er volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór. Te 3 u. P.M. is de toestand nog hetzelfde, en wordt de baring getermineerd door het aanleggen van de dwarse tang, waarbij een geringe perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij. Het weegt 3080 gr., is 50 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt zonder stoornis. 4 Dec. wordt pat. ontslagen, daar het eiwit geheel uit de urine verdwenen is.

16. W. D., 1900. N°. 49, I-para, 22 jaar, komt 8 Febr. 2 u. A.M. in partu. Zij heeft in haar jeugd Rachitis gehad. Om 12 u. M. komt zij op de verloskamer en vindt men gebroken vliezen, volkomen ontsluiting, de schedel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Daar te 5 u. P.M., de toestand nog hetzelfde is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd. Daar de pat. albuminurie heeft, geschiedt de extractie zonder narcose. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 2850 gr., is 47 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Tot 23 Febr. heeft pat. verhoogde temperatuur; het eiwit is 17 Febr. uit de urine verdwenen. 26 Febr. wordt pat. ontslagen.

17. C. N., 1900. N°. 358, I-para, 28 jaar, komt 23 October 11 u. A.M. in partu. Om 11 u. P.M. zijn de vliezen gebroken; er is vol-

komen ontsluiting, de schedel staat voor den bekkenuitgang, met de kleine fontanel naar voren.

Daar 24 Oct. 1 u. 20 A.M. de toestand nog hetzelfde is, en de weeën in het laatste anderhalf uur geheel zijn uitgebleven, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus ontstaat, die gehecht wordt.

De placenta wordt te 2 u. 15 A.M. manueel verwijderd.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3440 gr., is 48 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een zeer lichte temperatuursverhooging.

18. M. v. d. B., 1901. N°. 205, I-para, 25 jaar, komt 6 Juni in partu. Te 5 u. 25 P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór. Daar te 7 u. 45 P.M. de toestand nog dezelfde is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een groote perineaal ruptuur ontstaat, die later gehecht wordt. De verdere ontwikkeling van het kind volgt gemakkelijk.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 3440 gr., is 49 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

19. A. M., 1901. N°. 211, I-para, 18 jaar, komt 10 Juni 3 u. A.M. in partu. Om 11 u. A.M. is de ontsluiting volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Daar te 2 u. P.M. de baring nog niets verder is, wordt zij forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, niettegenstaande dubbelzijdige episiotomie.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3900 gr., is 50 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

20. W. C. v. V., 1901. N°. 285, I-para, 22 jaar, komt 3 Augustus, 3 u. A.M. in partu. Te 4 u. P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel naar voren. Te 6 u. P.M. is de toestand nog hetzelfde en wordt de baring forcipaal getermineerd; de tang wordt dwars aangelegd. Een dubbelzijdige episiotomie voorkomt geen ruptura perinei tot aan den anus.

Het kind is asphyctisch, doch wordt weer bijgebracht. Het weegt 3450 gr., is 51 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

21. J. S., 1902. N°. 129, VIII-para, 33 jaar. Zie geval **163.**

5 Apil 1 u. 30 A.M. begint de linker uterus zich te contraheeren, en spoedig daarna breken de vliezen.

6 April 3 u. 30 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Daar te 6 u. 30 A.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt de baring buiten narcose, forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 3150 gr., is 48 c.M. lang en heeft kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

22. J. v. d. K., 1902. N°. 253, I-para, 22 jaar, komt 19 Juli 11 u. A.M. in partu.

20 Juli 2 u. P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat voor den bekkenuitgang met de kleine fontanel vóór.

Te 3 u. P.M. wordt tot forcipale extractie besloten. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel en daarna het kind geëxtraheerd. Door dubbelzijdige episiotomie wordt een perineaal ruptuur voorkomen.

Het kind is zeer licht asphyctisch; het weegt 3300 gr., is 49 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

23. P. G., 1902. N°. 254, XII-para, 40 jaar.

De 4 eerste kinderen werden spontaan geboren, het 5e, 6e, 7e en 8e werden forcipaal geëxtraheerd; de laatste kinderen werden weder spontaan geboren.

In haar jeugd heeft pat. Rachitis gehad, doch van bekkenmaten staat niets opgeteekend.

21 Juli 3 u. A.M. komt de vrouw in partu.

7 u. 25 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Te 8 u. 15 P.M. wordt de tang dwars aangelegd en de extractie verricht. Er ontstaat geen ruptura perinei.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 4030 gr., is 54 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

24. E. v. d. P., 1902. N°. 303, XIV-para, 43 jaar.

De vorige kinderen werden spontaan geboren, slechts één werd forcipaal geëxtraheerd.

17 Aug. 10 u. P.M. wordt pat. op de verloskamer gebracht, daar een poging tot forcipale extractie in de stad mislukt was.

Pat. heeft een kleine frequente pols (140), is zeer anaemisch, neus en extremiteiten zijn koud. Ze krijgt een hypodermatoclyse van 1 L. phys. zoutsolutie; hierna wordt de pols beter. Handbreed boven de symphysis is een contractiering duidelijk zicht- en voelbaar. De beide labia zijn donkerrood gekleurd en sterk oedemateus; de vulva is vol bloedcoagula. Foetale harttonen zijn niet te hooren. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel vóór. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind snel gaat. Er ontstaat geen ruptuur. De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is dood.

Het kraambed verloopt ongestoord.

25. M. W. E. J., 1902. N°. 394, I-para, 25 jaar, komt 6 Nov. 12 u. 30 A.M. in partu.

Te 9 u. 45 A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel vóór.

12 u. 45 P.M. Omdat de foetale harttonen zwak en onregelmatig zijn geworden, en de schedel de laatste 3 uren niet dieper is gekomen, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3700 gr., is 53 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

26. P. H., 1903. N°. 28, I-para, 20 jaar, heeft een bekkenuitgangsvernauwing.

Dist. Spinarum 24.5 c.M.
» Cristarum 29 »
» Tuberum 7,5 + 1,5 »
» Trochanterica 29,5 »

27 Januari 7 u. 30 P.M. komt de vrouw in partu.

28 Jan. 12 u. 30 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Te 10 u. 30 A.M. is de toestand nog hetzelfde; daarom wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, en komt spoedig bij. Het weegt 3650 gr., is 51 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

27. C. v. K., 1903. N°. 205, I-para, 34 jaar, komt 14 Mei in partu.

16 Mei 7 u. 50 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

10 u. 10 P.M. Daar de baring niets gevorderd is, wordt zij forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Door dubbelzijdige episiotomie wordt een perineaalruptuur voorkomen.

Het kind is licht asphyctisch, en komt spoedig bij. Het weegt 3120 gr., is 53 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

28. A. M. A. d. V., 1903. N°. 238, I-para, 24 jaar, wordt 31 Mei 9 u. A.M. op de verloskamer gebracht wegens Eclampsie. Thuis heeft ze 4 aanvallen gehad. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel vóór. Foetale harttonen zijn goed. Pat. is niet compos mentis, ze is zeer cyanotisch en heeft een kleine frequente pols. Zij krijgt een hypodermatoclyse van 600 C.C. physiol. zoutsolutie. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel gedeeltelijk geëxtraheerd, daar er een perineaalruptuur tot aan den anus ontstaat; de tang wordt afgenomen en de schedel verder met de handgreep van Ritgen geboren. Na verdere extractie van het kind, wordt de ruptuur gehecht, de placenta volgens Credé verwijderd, en de uterus getamponneerd. Pat. krijgt 600 C.C. physiol. zoutsolutie.

Het kind is dood, doch nog niet stijf.

De vrouw komt niet bij uit de narcose, houdt een kleine en onregelmatige pols en succombeert te 2 u. 30 P.M.

29. C. W., 1903. N°. 328, XI-para, 40 jaar.

De vorige kinderen zijn zonder kunsthulp geboren.

15 Aug. 10 u. P.M. komt de vrouw in partu.

16 Aug. 5 u. 15 P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel vóór. De foetale harttonen, die goed waren geweest, worden eerst 80 p.min., daarna 180 p.m. Daarom wordt de tang dwars aangelegd en de baring getermineerd. Er ontstaat geen ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3520 gr., is 53 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

b. Achterhoofdsligging met volkomen ingedaalden schedel en nog niet geheel volbrachten spildraai.

Deze ligging kwam 57 maal voor; 38 maal stond de kleine fontanel links vóór, 19 maal rechts vóór.

De tang werd gewoon dwars aangelegd, evenals of de spildraai geheel volbracht was; bij het sluiten van de tang draaide de kleine fontanel van zelf naar voren.

De spildraai was dus reeds zoover gevorderd, dat de pijlnaad voorbij het midden tusschen rechte en dwarse afmeting was.

30. J. M. C. E. 1896, N°. 331. I-para, 24 jaar, komt den 9 Aug. 11 u. 15 P.M. op de verloskamer, daar zij sinds 7 u. weeën heeft. Bekkenmaten normaal, urine eiwithoudend.

10 Aug. 6 u. A.M. breken de vliezen; de ontsluiting is volkomen, schedel geheel ingedaald, kleine fontanel links voor. Wegens weeënzwakte en zeer trage foetale harttonen wordt besloten tot forcipale extractie. De blaas is sterk gevuld en pat. wordt gecatheteriseerd; tijdens deze bewerking krijgt pat. plotseling een eclamptische aanval.

Na morphine-injectie wordt chloroformnarcose geappliceerd, en de baring forcipaal getermineerd. Perineaal ruptuur. Nadat placenta verwijderd is, ontstaat sterke nabloeding, die met jodoformgaastamponnade tot stilstand wordt gebracht. Kind licht asphyctisch, weegt 3700 gr. lang 52 cM. Gewone schedelmaten.

27 Aug. wordt pat. ontslagen.

31. A. E. K., 1896, No. 472. I-para, 30 jaar komt 19 Nov. 3 u. 45 A.M. in partu.

20 Nov. 8 u. 55 P.M. ontsluiting 5 à 6 cM., vliezen staan, schedel ingedaald met een groot segment, met de kleine fontanel links vóór.

21 Nov. 4.45 A.M. de vliezen breken.

» » 6 u. A.M. volkomen ontsluiting.

» » 3 u. P.M. volkomen ontsluiting, kleine fontanel staat links voor, schedel geheel ingedaald. Daar de baring niet vordert, wordt zij forcipaal getermineerd.

Kraambed verloopt ongestoord.

32. P. H. H., 1896, N°. 506, I-para, 21 jaar, komt 13 Dec. 5 u. P.M. in partu.

14 Dec. 9 u. 30 P.M. vliezen breken.

» » 10 u. 30 » ontsluiting is volkomen, de schedel is geheel ingedaald, met de kleine fontanel links voor.

15 Dec. 12.30 A.M. De weeën worden steeds zwakker; de baring vordert niets. De schedel uit te drukken volgens de methode van Kristeller, mislukt.

Daarna wordt de tang aangelegd en het kind geëxtraheerd; ondanks episiotomie aan weerszijden ontstaat een kleine perineaal ruptuur. Het kind is niet asphyctisch, weegt 3150 gr., is 52 cM. lang, heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

33. W. W. 1897, No. 85, I-para, 34 jaar wordt den 21en Januari in de kraaminrichting opgenomen, daar zij sinds 3 weken lijdende is aan toevallen; vroeger had zij daarover nooit geklaagd. Urine is een weinig eiwithoudend. De temp. is niet verhoogd. Pols regelmatig, 72 slagen per min. Ademhaling niet frequent. Bekkenmaten normaal. De rug van het kind ligt links, de schedel staat ballotteerend boven den bekkeningang; het ost. uteri ext. is voor den vinger toegankelijk.

Van 22—25 Januari heeft Pat. nog 31 aanvallen, waarvoor zij behandeld wordt met morphine-injecties, hypodermatoclyse van phys. zoutsolutie, en soms korte chloroformnarcose.

Van af 2 Febr. is de urine eiwitvrij. Den 8 Maart 12 u. N. komt pat. in partu, en wordt zij inwendig onderzocht, waarbij blijkt dat er is ontsluiting van ± 2 cM., staande vliezen en dat de schedel ongeveer voor de helft is ingedaald. Na het onderzoek krijgt pat. een hystero-eclamptischen aanval; eerst krijgt zij lichte tremoren in alle extremiteiten en lichte contracties der gelaatsspieren, opgevolgd door heftige tonisch-clonische krampen der extremiteiten en voortdurende schuddingen van het hoofd; gedurende den geheelen aanval is pat. buiten bewustzijn. Dergelijke aanvallen herhalen zich gedurende de nacht nog zeer dikwijls, waarom pat. eerst 3 maal een subcutane injectie krijgt van 10 m.gr. morphine en daar deze geen uitwerking hebben, wordt pat. gedurende 2 uur in lichte chloroformnarcose gehouden.

9 Maart 4 u. 45 A.M. is er volkomen ontsluiting en is de schedel volkomen ingedaald; daar de vliezen nog staan, worden zij manueel gebroken. De kleine fontanel staat het diepst links vóór.

Te 5 u. A.M. wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij een ruptura perinei ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is wit asphyctisch, maar wordt na een half uur weer bijgebracht door warme baden en bewegingen volgens Schultze. Het weegt 3750 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het puerperium verloopt ongestoord, zonder temperatuursverhooging.

11, 13 en 17 Maart wordt nog een zeer gering spoortje eiwit in de urine gevonden. 25 Maart wordt pat. ontslagen.

34. G. C. v. d. W., 1897, N°. 197, XIII-para, 42 jaar. De vorige 12 bevallingen verliepen normaal; pat. heeft een prolapsus uteri gekregen, die in Februari 1896 geopereerd is. De weeën begonnen 8 Juni 7 u. P.M., en waren krachtig.

9 Juni 2 u. 45 P.M. Vagina vertoont een vernauwing, even achter de introitus; de vliezen staan; ontsluiting ± 8 cM., de schedel is ingedaald met de kleine fontanel links voor. Harttonen goed. 3 u. P.M. de vliezen breken.

4 u. P.M. De schedel staat voor de vulva, en men ziet de spannende ring in de vagina. Ondanks flinke weeën geen vooruitgang. Daarom wordt de tang dwars aangelegd en het kind geëxtraheerd.

Het kind is dood.

Kraambed verloopt ongestoord.

35. C. E. v. d. N., 1897, N°. 200, VII-para, 37 jaar. De twee eerste kinderen zijn forcipaal geëxtraheerd, de vier overigen zijn spontaan geboren.

Pat. heeft een dubbelzijdige heupluxatie.

Omtrek bekken	123	cM. (zeér sterke pann. adip.)
Dist. Spinarum	26	»
» Cristarum	29¼	»
» Tuberum 10 +	1½	»

Promentorium niet te bereiken.

Hoogte der symphysis 6 cM.

Diagnose: wijd luxatiebekken.

8 Juni 11 u. A.M. De weeën beginnen.

9 Juni 7 u. 15 P.M. Pat. komt op de verloskamer. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is ingedaald met kleine fontanel links vóór. Foetale harttonen zijn niet te hooren.

De tang wordt dwars aangelegd, en met zeer veel moeite het kind geëxtraheerd.

Het kind is dood; het weegt 4100 gr.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	42	cM.
Middelbaar	»	»	»	»	39	»
Kleine	»	»	»	»	32	»

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

36. E. d. W. 1897, N°. 259, I-para, 43 jaar, komt 30 Juli in partu. Om 7 u. P.M. breken de vliezen. 31 Juli 6 u. P.M. ont-

sluiting is volkomen, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

10 u. 30 P.M. Toestand hetzelfde. De tang wordt dwars aangelegd en schedel geëxtraheerd. Er ontstaat een kleine ruptura perinei waarvoor dubbelzijdige episiotomie wordt gedaan. Het kind is niet asphyctisch, weegt 3500 gr. en is 54 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	39	cM.
Middelbare	» » » »	36	»
Kleine	» » » »	32	»
Diam.	fronto-occip.	12,5	»
»	mento- »	13,5	»
»	suboccip-bregmat.	11	»
»	» -frontalis	12	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

37. A. K. 1897, N°. 429, I-para, 34 jaar, komt 7 Dec. in partu. 9 Dec. 's morgens worden de vliezen kunstmatig gebroken. Om 12 u. M. wordt door de vroedvrouw uitwendige keering gedaan wegens dwarsligging. In den middag wordt pat. naar de kraaminrichting gebracht.

Hier vindt men ostium ext. voor 2 vingers toegankelijk, vliezen gebroken, schedel met een segment in den bekkeningang vaststaande.

Te 7 u. 15 P.M. is er volkomen ontsluiting.

10 Dec. 12 u. M. schedel is geheel ingedaald, met de kleine fontanel links vóór.

Te 3 u. 30 P.M. wordt de tang aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een ruptura perinei ontstaat. Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 4250 gr., is 52 cM. lang,

Groote	omtrek van het hoofd	40	cM.
Middelbare	» » » »	37	»
Kleine	» » » »	33	»
Diam.	fronto-occipit	12	»
»	mento- »	15	»
»	suboccip-bregmat.	10	»
»	» -frontalis	12	»

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

38. T. T., 1898, N°. 128, I-para wordt 25 Februari te 7 u. 30 P.M. in de kraaminrichting opgenomen wegens Eclampsie. Pat. reageert niet bij toespreken; ze heeft trekkingen in het gelaat en in de bovenste en onderste extremiteiten. De pupillen zijn wijd en reageeren niet. De ademhaling en pols zijn zeer onregelmatig. Er zijn sterke oedemen aan de onderste extremiteiten, de urine bevat eiwit.

Thuis heeft pat. 2 aanvallen gehad. Te 9 u. 5 krijgt pat. een aanval, die ongeveer 1 minuut duurt. Te 10 u. 50 P.M. is er ± 3 cM. ontsluiting, de vliezen staan.

26 Febr. 10 u. A.M. Pat. heeft nog voortdurend trekkingen; pat. heeft inwendig chloral gehad, en is 2 keer in lichte choroformnarcose gebracht. Ontsluiting ± 4 cM., de vliezen staan.

7 u. P.M. volkomen ontsluiting, vliezen zijn gebroken; de schedel is bijna geheel ingedaald, is sterk gemouleerd en staat het diepst met de kleine fontanel links vóór.

27 Febr. 2.15 A.M. Pat. krijgt weder een aanval. De schedel is geheel ingedaald; de tang wordt nu dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de rest van het kind gemakkelijk ontwikkeld wordt. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind weegt 3350 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. Pat. heeft geen aanval meer gehad. 12 April wordt pat. ontslagen.

39. A. K. 1898, N°. 130, I-para, 33 jaar, komt 29 Maart 9 u. P.M. in partu. De weeën zijn zeer zwak.

2 April 8 u. 30 A.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. Foetale harttonen, regelmatig, 120 per min. 10 u. 30 A.M. De baring is niets gevorderd. De harttonen worden frequent en onregelmatig 145 p. min., waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt dwars aangelegd, en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is blauw-asphyctisch, maar wordt spoedig bijgebracht. Het weegt 3130 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met eenige temperatuurverhooging.

40. R. A. K., 1898 N°. 186, I-para, 30 jaar.

Pat. heeft in haar jeugd Rachitis gehad; ze begon op 7-jarigen leeftijd te loopen.

Dist. Spinarum	27	cM.
» Cristarum	27 3/4	»
» Tuberum	8 1/2 + 11 1/2	»
Conj. Vera	9 1/2	»

Sacrum heeft een haak.

Diagnose: plat vernauwd rachitisch bekken.

20 Mei wordt beproefd of de schedel indrukbaar is in den bekkeningang, volgens de methode van Osborne; dit is het geval,

21 Mei. Het vruchtwater loopt af. De schedel is met een klein segment ingedaald. Pat. heeft nog nog geen weeën.

24 Mei. De weeën beginnen. 8 u. 30 P.M. is er volkomen ontsluiting en staat de schedel geheel in de bekkenholte, met de kleine fontanel links vóór. De foetale harttonen, die tot nu toe goed waren, worden zeer frequent en onregelmatig, waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat geen ruptura perinei.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 2250 gr. gr., is 48 cM. lang en heeft een kleine schedel.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

41. B. P. H., 1898, N°. 351, I-para, 30 jaar, komt 30 Sept. 11 u. A.M. in partu.

1 October 8 u. 30 A.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. 11 u. A.M. De schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel links vóór. De voorlip is oedemateus.

Te 1 u. 15 P.M. wordt de tang dwars aangelegd en 't kind geëxtraheerd, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3100 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

42. S. H., 1898, N°. 357, I-para, 29 jaar, komt 8 October in partu. 10 October te 11 u. 45 P.M., is er volkomen ontsluiting, zijn de vliezen gebroken en is de schedel geheel ingedaald, met de kleine fontanel links vóór. 11 October 2 u. 45 A.M. wordt de tang dwars aangelegd en schedel geëxtraheerd, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3010 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

43. E. M. K., 1899, N°. 96, I-para, 30 jaar, wordt 22 Febr. te 11 u. 30 A.M. in de verloskamer gebracht. Pat. heeft sterk oedèmateuse buikwand en beenen; de urine bevat veel albumen.

Te 1 u. 30 P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat geheel in de bekkenholte met de kleine fontanel links vóór.

4 u. P.M. Daar, ondanks sterke weeën, de baring niets verder is gekomen, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus optreedt. Het kind is

asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3000 gr. is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. De oedemen verdwijnen snel. 21 Maart wordt pat. op haar verzoek ontslagen, hoewel de urine nog albumen bevat.

44. C. H., 1899, N°. 455, I-para, 23 jaar, komt 22 Dec. 10 u. P.M. in partu.

23 Dec. 1 u. 30 P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. Te 5 u. P.M. is de toestand nog onveranderd, waarom de tang dwars aangelegd wordt en de extractie op de gewone wijze geschiedt. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

45. E. B., 1899, N°. 460, I-para, 28 jaar, wordt 27 Dec. op de verloskamer gebracht en beweert reeds 2 dagen weeën te hebben. Te 10 u. A.M. is de ontsluiting volkomen, de vliezen zijn gebroken; de schedel is met een segment ingedaald, de pijlnaad verloopt van rechts achter naar links vóór; de groote fontanel staat het diepst rechts achter. Wegens de groote pijnlijkheid der weeën wordt chloroform »à la reine" toegediend.

Te 3 u. 30 P.M. blijkt de kleine fontanel het diepst te staan en wel links vóór; de schedel is dieper ingedaald. Naast den schedel voelt men de kloppende navelstreng. Hierom wordt de tang dwars aangelegd en de extractie zonder stoornissen verricht; alleen ontstaat er een kleine perineaal ruptuur. Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2950 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt zonder temperatuursverhooging. De urine bevat een weinig eiwit.

14 Jan. wordt pat. hersteld ontslagen.

46. J. C. L., 1900. N°. 88, III-para, 24 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd; het tweede werd dood geboren na versie en extractie.

Omtrek bekken 87 c.M.
Dist. Spinarum 26,5 »
» Cristarum 28 »
» Tuberum 8,5 + 1,5 »
Promontorium is niet te bereiken.

4 Maart 11 u. A.M. komt pat. in partu.

6 u P.M. Er is 8 c.M. ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. De foetale harttonen zijn goed.

7 u. 45 P.M. De harttonen zijn langzaam en onregelmatig, waarom tot forcipale extractie besloten wordt. De tang wordt dwars aangelegd. Er ontstaat geen ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch. Het weegt 3700 gr., is 52 c.M. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens een lichte temperatuursverhooging.

47. F. Z., 1900. N°. 136, II-para, 28 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd.

15 April 8 u. P.M. komt pat. in partu.

10 u. 30 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting. De schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. Daar de foetale harttonen zeer zwak en onregelmatig worden, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat een kleine perineaal-ruptuur.

Het kind is asphyctisch, en komt pas na 15 minuten bij. Het weegt 3150 gr., en is 51 c.M. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	41	c.M.
Middelb.	»	»	»	»	38	»
Kleine	»	»	»	»	34	»
Diam.	fronto-occip				14	»
»	mento-	»			16	»
»	suboccip-bregmat.				12,5	»
»	»	-frontal.			13,5	»
»	biparietalis				12	»
»	bitemporalis				10	»

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen is er de 8e en 9e dag temperatuursverhooging.

48. J. M. S., 1900. N°. 139, II-para, 32 jaar.

Het eerste kind werd 3 jaar geleden forcipaal geëxtraheerd.

18 April 11 u. A.M. komt de vrouw in partu, de weeën houden echter 19 April 8 u. P.M. geheel op.

20 April 12 u. 15 P.M. komt pat. op verloskamer, nadat haar huismedicus getracht had het kind forcipaal te ontwikkelen en dit mislukt was.

Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links vóór. De tang wordt dwars aangelegd en het kind zonder moeite ontwikkeld.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3750 gr., en is 55 c.M. lang; het heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met zeer geringe temperatuursverhooging.

49. H. G. K., 1900. N°. 145, I-para, 20 jaar, wordt 24 April 3 u. A.M. op de verloskamer gebracht, wegens Eclampsie. De vliezen staan nog, er is ± 4 c.M., ontsluiting. De urine bevat eiwit.

9 u. 20 A.M. Pat. heeft van af hare aankomst 7 maal een aanval gehad, waarvoor zij telkenmale met morphine-injecties werd behandeld. Nu is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat voor den uitgang met de kleine fontanel links vóór. De foetale harttonen, die tot voor een kwartier goed waren, zijn niet meer te hooren. Hierom en ook wegens het levensgevaar der vrouw door de telkens herhaalde aanvallen, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars aangelegd wordt. Er ontstaat een kleine perineaalruptuur.

Het kind wordt dood geboren.

Aanvallen treden niet meer op. De urine is den 1en Mei eiwitvrij en blijft dat. Overigens verloopt het kraambed ongestoord.

50. E. S., 1900, N°. 338, I-para, 24 jaar, komt 5 October 7 u. 30 P.M. in partu.

6 Oct. 7 u. 45 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links vóór. De weeën zijn zeer zwak.

9 u. P.M. Daar de toestand nog hetzelfde is, de weeën zeer zwak zijn en de foetale harttonen onregelmatig worden, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind volgt. Er onstaat een kleine perineaal ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch. Het weegt 4000 gr., is 57 cM. lang en heeft normale schedelmaten

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

51. J. S., 1900, N°. 394, I-para, 32 jaar, komt 26 November 5 u. A.M. in partu. Te 5 u. P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 7 u. 30 P.M. de harttonen zeer onregelmatig worden, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars aangelegd wordt. Ondanks dubbelzijdige episiotomie ontstaat toch een perineaalruptuur, die gehecht wordt. Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 2850 gr., is 48 cM. lang en heeft eer kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

52. L. d. R., 1901, N°. 60, II-para, 28 jaar.

De vorige partus, die plaats had in 1896, is forcipaal getermineerd.

2 Maart, 2 u. A.M. komt de vrouw in partu. Te 12 u. M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat voor den bekkenuitgang, met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 2 u. P.M. de baring niets gevorderd is, wordt zij forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is asphystisch, en wordt na 10 minuten bijgebracht. Het weegt 2810 gr., is 51 cM. lang, en heeft normale schedelmaten. Het heeft een rechtszijdige facialisparese.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

53. M. M., 1901. N°. 132, I-para, 23 jaar, wordt 16 April 10 u. A.M. op de verloskamer gebracht met diagnose: Eclampsia Parturientium. Pat. is zeer wild, bijna niet in bed te houden en geheel gedesorienteerd. Bij onderzoek blijkt er te zijn 6 à 7 c.M. ontsluiting, gebroken vliezen en de schedel geheel ingedaald, met de kleine fontanel links vóór. Foetale harttonen niet te hooren.

17 April 2 u. 45 A.M. krijgt pat. een eclamptischen aanval. Daar de ontsluiting volkomen is, wordt de tang dwars aangelegd en de baring getermineerd.

Het kind is dood.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging gedurende de eerste 8 dagen p.p.

Pat. heeft nog éénmaal een eclamptischen aanval. 29 April is de urine eiwitvrij en 2 Mei wordt pat. geheel hersteld ontslagen.

54. T. O., 1901, N°. 231, I-para, 19 jaar, komt 25 Juni 11 u. P.M. in partu.

27 Juni 2 u. P.M. is de ontsluiting volkomen en worden de vliezen manueel gebroken; de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 4 u. 30 P.M. de toestand nog hetzelfde is en de foetale harttonen zwak en onregelmatig worden, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Ondanks dubbelzijdige episiotomie, ontstaat er een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 2880 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

De eerste 4 dagen p.p. is er eenige temperatuursverhooging; overigens verloopt het puerperium ongestoord.

55. J. d. J., 1901. N°. 290, I-para, 33 jaar, komt 7 Aug. 5 u. A.M. in partu. Te 4 u. 15 P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 7 u. 15 P.M. de baring nog niets gevorderd is, en de foetale harttonen minder frequent worden, wordt de partus forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Ondanks dubbelzijdige episiotomie ontstaat er een perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht.

Het weegt 3250 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens geringe temperatuursverhooging van de 3e—7e dag p.p.

56. A. d. G., 1902. N°. 64, I-para, 35 jaar, komt 18 Febr. 4 u. P.M. in partu.

21 Febr. 4 u. 10 P.M. zijn de vliezen gebroken, er is ± 6 c.M. ontsluiting; de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel links vóór. De voorlip is oedemateus opgezwollen.

7 u. P.M. De foetale harttonen zijn onduidelijk en minder frequent. Het oedeem van de voorlip is toegenomen. Om deze redenen wordt tot forcipale extractie besloten. Daar de ontsluiting nog steeds 6 cM. is, wordt het ostium uteri volgens Bonnaire—v. Oordt verwijd tot volkomen ontsluiting. Daarna wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat, die later gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, doch wordt bijgebracht. Het weegt 3180 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten. 15 uur na de geboorte sterft het.

De eerste 3 dagen p.p. verloopt het kraambed ongestoord. Dan plotseling hooge temp. 39,2°. Ondanks uterus irrigaties blijft de temp. hoog, stijgt op 5 Maart tot 40.4°. Verder vermeldt de historia morbi niets.

57. P. W. K., 1902. N°. 111, I-para, 22 jaar, komt 19 Maart 2 u. P.M. in partu.

20 Maart 7 u. 30 P.M. zijn de vliezen gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 10 u. 30 P.M. de baring niets gevorderd is, wordt zij forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Ondanks dubbelzijdige episiotomie ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, maar komt spoedig bij. Het weegt 3050 gr., is 53 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging van de 3e—7e dag p.p.

58. C. M. d. R., 1902. N°. 115, IX-para, 48 jaar.

Ze heeft in haar jeugd Rachitis gehad, doch alle kinderen zijn spontaan geboren.

21 Maart 4 u. 30 P.M. komt de vrouw in partu.

22 Maart 9 u. P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel vóór.

Te 10 u. 40 P.M. is de toestand nog onveranderd en wordt de baring forcipaal getermineerd. De tang wordt dwars aangelegd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3920 gr., is 59 cM. lang en heeft normale schedelmaten. Het heeft rechts en links aan de slapen lichte verwondingen en indruksels van de tang.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

59. G. J. L., 1902. N°. 205, I-para, 34 jaar, komt 6 Juni, 2 u. P.M. in partu.

8 Juni 2 u. P.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 9 u. P.M. de toestand nog niets veranderd is, wordt de baring forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Door dubbelzijdige episiotomie wordt een perineaal ruptuur voorkomen.

Het kind is asphyctisch, en wordt met veel moeite bijgebracht. Het weegt 3300 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

60. J. M. S., 1902. N°. 247, III-para, 34 jaar.

De beide vorige kinderen zijn forcipaal geëxtraheerd. Of de vrouw bekkenvernauwing heeft, is niet bekend.

17 Juli, 8 u. A.M. komt de vrouw in partu.

Te 4 u. 45 P.M. zijn de vliezen gebroken; er is 7 cM. ontsluiting, de schedel is diep ingedaald, met de kleine fontanel links vóór.

Te 8 u. 15 P.M. wordt beproefd volgens de methode van Hofmeier, de schedel dieper te brengen, hetgeen mislukt. De tang wordt nu dwars aangelegd en de partus getermineerd.

Er blijkt nu nog een tweede kind in utero te zijn, dat na versie aan den voet afgehaald wordt.

De kinderen zijn niet asphyctisch. Het eerste kind weegt 3100 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

61. M.K., 1902. N°. 268, VII-para, 39 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd, de vijf volgende werden spontaan geboren.

27 Juli 7 u. P.M. komt de vrouw in partu.

29 Juli 2 u. A.M. wordt zij op de verloskamer gebracht, omdat ze temperatuursverhooging heeft, 38,6°. De vliezen zijn gebroken, er is 7 cM. ontsluiting, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel links vóór. De foetale harttonen zijn goed. Te 5 u. 45 A.M. zijn de foetale harttonen niet meer te hooren.

Te 7 u. 15 A.M. is de temp. 37,8°. De schedel is zichtbaar in de vulva, doch komt niet verder. De tang wordt dwars aangelegd en de baring getermineerd.

Het kind is dood; het weegt 4090 gr., is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; 2 dagen p.p. temp. verhooging tot 38,1°. De temp. blijft hoog tot de 7e dag.

62. B. M. C., 1902. N°. 328, I-para, 41 jaar, komt 4 Sept. 10 u. P.M. in partu.

5 Sept. 7 u. 30 P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links vóór.

Daar te 10 u. 45 de baring niets gevorderd is en de foetale harttonen onregelmatig beginnen te worden, wordt de partus forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Er ontstaat geen ruptuur.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het heeft een linkszijdige facialis paralyse. Het weegt 2770 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

63. A. C. S., 1902. N°. 331, II-para, 23 jaar.

Het eerste kind is spontaan geboren.

7 Sept. 5 u. 30 A.M. komt de vrouw in partu.

8 Sept. 12 u. 30 A.M. De vliezen zijn gebroken, er is 8 cM. ontsluiting, de schedel is met 'n groot segment ingedaald, de kleine fontanel staat links vóór. De voorlip is sterk oedemateus. Daar bovendien de harttonen onregelmatig worden, wordt de tang dwars aangelegd en de baring getermineerd, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is niet asphyctisch. Het weegt 3220 gr., is 46 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

64. E. B., 1902. N°. 370, VIII-para, 31 jaar.

De vorige kinderen zijn alle zonder kunsthulp geboren.

12 Oct. 6 u. P.M. komt de vrouw in partu.

10 u. P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald, met de kleine fontanel links vóór. Er is een weinig oedeem van de voorlip.

13 Oct. 1 u. 20 A.M. Het oedeem aan de voorlip is zeer aanzienlijk toegenomen. Daarom wordt de tang dwars aangelegd en de baring getermineerd. De extractie geschiedt buiten narcose.

Het kind is licht asphyctisch, het weegt 4280 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

65. L. B., 1903. N°. 38, VI-para, 35 jaar.

De eerste 4 kinderen werden spontaan geboren, het vijfde met kunsthulp.

In haar jeugd heeft ze Rachitis gehad.

Omtrek bekken	89	cM.
Dist. Spinarum	27,5	»
» Cristarum	28,5	»
» Tuberum	11	»
Conj. Vera	8 1/4	»

2 Februari 9 u. P.M. komt de vrouw in partu.

4 Februari 4 u. P.M. op de verloskamer gebracht, blijkt dat de vrouw heeft oedeem van de voorlip, en ontsluiting van ± 6 cM. Foetale harttonen zijn goed. Volgens de methode Bonnaire—v. Oordt, wordt het ostium uteri verwijd tot volkomen ontsluiting, met het doel versie en extractie te doen. Het gelukt echter met meer den schedel op te duwen; hij staat vast en is reeds te diep ingedaald. De kleine fontanel staat links vóór. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geheel geëxtraheerd; hierbij ontstaat een perineaal ruptuur. Daarna wordt het kind verder geëxtraheerd.

Het kind is licht asphyctisch en heeft behalve indruksels van de tang een diepe deuk in het rechter wandbeen. Het weegt 3940 gr., en is 52 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	43	cM.
Middelb. » » » »	40	»
Kleine » » » »	35	»
Diam. fronto-occipit.	13,5	»
» mento- »	14,5	»
» suboccip-bregmat.	11	»
» » frontal.	12,5	»

Het kraambed verloopt zonder temperatuursverhooging. Pat. heeft een cystitis, die langzamerhand geneest.

20 Maart wordt ze ontslagen.

66. G. W., 1903, N°. 373, I-para, 24 jaar, komt 19 Sept. 8 u. P.M. in partu.

21 Sept. 2 u. 15 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

3 u. A.M. De foetale harttonen verminderen in frequentie, waarom de baring forcipaal getermineerd wordt. Nadat een dubbelzijdige episiotomie verricht is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een flinke perineaal ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 3260 gr., is 55 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

67. S. E. d. J., 1903, N°. 353, I-para, 36 jaar, komt 1 Sept. 8 u. P.M. in partu.

2 Sept. 9 u. 30 P.M. Er is halverwege navel en symphysis een contractiering zicht- en voelbaar. Ook de foetale harttonen zijn zeer slecht.

De ontsluiting is zoo goed als volkomen, de vliezen staan nog, de schedel staat diep ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

De vliezen worden nu gebroken, waarna de schedel dieper indaalt. De tang wordt dwars aangelegd en de extractie verricht. Door dubbelzijdige episiotomie wordt een perineaal ruptuur voorkomen; de commissura post. scheurt echter wel in.

Het kind is licht asphyctisch; het weegt 3800 gr., is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

68. H. B., 1896, N°. 407. I-para, 18 jaar, komt 1 Oct. 12.30 A.M. in partu.

2 Oct. 9 u. 30 A.M. is er volkomen ontsluiting, schedel geheel ingedaald met kleine fontanel rechts voor, terwijl de vliezen nog staan.

12 u. 30 P.M. De toestand is nog onveranderd. De weeën zijn zeer zwak geworden. De vliezen worden nu met de hand verscheurd en de schedel forcipaal geëxtraheerd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3750 gr., is 50 cM. lang, normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

69. M. K., 1897, N°. 250. I-para, 27 jaar, komt 19 Juli 9 u. P.M. in partu. 20 Juli 10 u. A.M. wordt de baring forcipaal getermineerd, daar zich een sterk oedeem van het rechter labium majus had ont-

wikkeld. De ontsluiting was volkomen, de schedel was ingedaald met de kleine fontanel het diepst, rechts vóór.

Het kind is blauw asphyctisch en sterft een half uur na de geboorte.

Het kraambed verloopt ongestoord.

70. K. B., 1898, N°. 136, I-para, 39 jaar, komt 3 April 12 u. M. in partu. 4 April 9 u. P.M. worden de vliezen manueel gebroken, daar er volkomen ontsluiting is; de schedel daalt daarna onmiddellijk dieper in, de kleine fontanel staat rechts vóór.

5 April 11 u. A.M. wordt besloten tot forcipale extractie, daar de schedel reeds acht uur volkomen ingedaald is en de baring niets vordert. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere geboorte van het kind gemakkelijk gaat. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3450 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

71. P. v. B., 1898, N°. 137, I-para, 22 jaar, komt 1 April 10 u. P.M. in partu. De weeën zijn zeer zwak.

2 April 9 u. A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Daar de weeën zeer zwak zijn, en de harttonen frequent worden, wordt besloten forcipaal te termineeren. De tang wordt dwars aangelegd.

Het kind is een weinig asphyctisch, doch komt bij; het weegt 3150 gr. en is 50 cM. lang.

Het kraambed verloopt ongestoord, met een spoedig voorbijgaande albuminurie.

72. A. S., 1898, N°. 173, I-para, 21 jaar, komt 10 Mei 1 u. 30 P.M. in partu.

11 Mei 4 u. A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem, met dwarsverloopende pijlnaad; de kleine fontanel staat nu het diepst en wel rechts.

7 u. A.M. Toestand hetzelfde, de kleine fontanel staat nu rechts vóór.

10 u. 30 A.M. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere geboorte gemakkelijk gaat.

Het kind is licht asphyctisch, en komt spoedig bij. Het weegt 3260 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, met een geringe temperatuursverhooging.

73. W. d. R., 1898, N°. 326, I-para, 21 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Omvang bekken:		79 cM.
Dist. Spinarium		25 »
» Cristarum		25,5 »
» Tuberum	8 1/4 +	1 1/2 »
Conj. Vera		9 1/2 »
Hoogte der Symphysis		5 1/2 »

Het bovenste deel van het sacrum is convex.

Diagnose: Algem. vernauwd plat rachitisch bekken.

6 Sept. 8 u. P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat vlak voor den bekkenuitgang, met de kleine fontanel rechts vóór. Er is een weinig oedeem van de voorlip.

10 u. P.M. De toestand is nog hetzelfde; daarom wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat hierbij een kleine perineaal ruptuur.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij.

Groote	omtrek van het hoofd	40 cM.
Middelbare	» » » »	35 »
Kleine	» » » »	29 »
Diam. fronto-occip.		13 »
» mento- »		16 »
» suboccip-bregmat.		9 »
» » -front.		11 »

Het kraambed verloopt ongestoord.

74. H. P., 1899, N°. 81, I-para, 28 jaar, komt 13 Febr. 1 u. A.M. in partu. Te 6 u. A.M. zijn de vliezen gebroken, en is er volkomen ontsluiting; de schedel staat geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Te 7 u. P.M. is de toestand nog onveranderd. De partus wordt daarom forcipaal getermineerd. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2350 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

75. T. Z., 1899, N°. 214, I-para, 19 jaar, komt 21 Mei 6 u. A.M. in partu. De weeën zijn zeer zwak en blijven 23 Mei geheel weg.

24 Mei 1 u. P.M. worden de weeën krachtig, 's avonds te 12 uur is er ± 4 cM. ontsluiting; de vliezen zijn gebroken.

26 Mei 9 u. 45 A.M. Ontsluiting ± 7 cM. Foetale harttonen goed. Temp. 38°.

11 u. A.M. Ontsluiting 9 cM.; de schedel is geheel ingedaald, met

de kleine fontanel rechts vóór. Te 1 u. 15 P.M. wordt besloten de baring forcipaal te termineeren, daar de toestand nog hetzelfde is. De tang wordt op de gewone wijze dwars aangelegd en de schedel zonder moeite geëxtraheerd, waarna het kind verder ontwikkeld wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3430 gr. en is 52 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	39	cM.
Middelbare	»	»	»	»	37	»
Kleine	»	»	»	»	33	»
Diam, fronto-occip.					13	»
» mento- »					14,5	»
» suboccip-bregmat.					12	»
» » -frontal.					13	»

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

76. J. C. H. v. H., 1900, N°. 135, I-para, 35 jaar, komt 14 April 8 u. 50 A.M. op de verloskamer; de vliezen zijn gebroken, er is ± 5 cM. ontsluiting, de schedel staat vast in den bekkeningang met dwars verloopende pijlnaad en de kleine fontanel links.

4 u. P.M. De ontsluiting is volkomen.

7 u. 55 P.M, Er is een duidelijke contractiering te voelen, handbreed boven de symphysis. De schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel rechts vóór. De contractiering is hier de indicatie voor de forcipale extractie. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel zonder moeite geëxtraheerd. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3820 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 10 Mei wordt pat. hersteld ontslagen.

77. E. K., 1900, N°. 326, I-para, 20 jaar, komt 1 Oct. 6 u. P.M. in partu. 2 October 12 u. 30 A.M., worden de vliezen kunstmatig gebroken; er is volkomen ontsluiting. Te 9 u. A.M. staat de schedel voor den bekkenuitgang, met de kleine fontanel rechts vóór.

Te 11 u. 30 A.M. wordt, daar de toestand nog dezelfde is, de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling gemakkelijk volgt. Ondanks dubbelzijdige episiotomie, ontstaat er een vrij groote perineaal ruptuur.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 4500 gr., is 57 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

78. C. S., 1901, N°. 26, I-para, 26 jaar, komt 22 Januari 12 u. M. in partu. 25 Jan. 2 u. P.M. wordt pat. in de verloskamer gebracht. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel rechts vóór. De foetale harttonen zijn goed.

De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling snel gaat. Er blijkt nu nog een tweede kind in utero te zijn, dat aan een voet afgehaald wordt.

Bij de forcipale extractie ontstaat een ruptura perinei die later gehecht wordt.

Het eerste kind is diep asphyctisch en wordt met veel moeite bijgebracht. Het weegt 2930 gr., is 51 cM. lang en heeft zeer kleine schedelmaten. Het vertoont druksporen van de tang aan de linkerkant van het gezicht tusschen oog en oor en heeft een rechtszijdige facialisparese.

Het tweede kind is niet asphyctisch.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

79. M. E. O., 1901, N°. 107, I-para, 33 jaar, komt 30 Maart 5 u. P.M. in partu.

3 April 8 u. P.M. is de ontsluiting volkomen; de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

Te 9 u. 15 P.M. wordt de partus forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars aangelegd wordt.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij; het weegt 2950 gr., is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met lichte temperatuursverhooging.

80. M. G., 1901, N°. 184, I-para, 28 jaar, komt 25 Mei 12 u. M. in partu. 26 Mei 3 u. 20 A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel rechts vóór.

Daar te 8 u. A.M. de baring nog niets verder is, wordt zij forcipaal getermineerd, waarbij de tang dwars wordt aangelegd. Ondanks dubbelzijdige episiotomie ruptureert het perineum. Het kind is niet asphyctisch, weegt 3300 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

81. N. v. H., 1901, N°. 324, I-para 20 jaar, komt 4 Sept. 10 u. A.M. in partu.

5 Sept. 7 u. 30 A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn

gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

10 u. A.M. wordt de baring forcipaal getermineerd, daar sinds 7 u. 30 de toestand onveranderd is. De tang wordt dwars aangelegd, en een dubbelzijdige episiotomie verricht. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 1790 gr. is 42 cM. lang en heeft kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

82. E. Z., 1901, N°. 407, I-para, 31 jaar, komt 31 Oct. 8 u. P.M. in partu. 1 Nov. 11 u. 15 P.M. wordt zij op de verloskamer gebracht, daar haar medicus getracht had de baring forcipaal te termineeren en dit mislukt was. De portio is verstreken; het ost. uteri is ingescheurd; er is ± 7 cM. ontsluiting. De vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. De foetale harttonen zijn goed.

2 Nov. 12 u. 5 A.M. zijn de harttonen niet duidelijk meer te hooren. Ook is er eenige vingerbreedten boven de symphysis een contractiering voelbaar. Daar de ontsluiting volkomen is geworden, wordt de tang dwars aangelegd en het kind geëxtraheerd. Het is echter dood.

Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kraambed verloopt met een zeer lichte temperatuursverhooging, gedurende de eerste 4 dagen p.p.

83. A. J. v. d. B., 1901, N°. 440, I-para, 24 jaar, komt 1 Dec. 1 u. A.M. in partu en bijna terstond breken de vliezen. Te 4 u. 30 A.M. is er volkomen ontsluiting, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Te 4 u. 30 P.M. staat de schedel voor den uitgang.

Tot 6 u. 35 P.M. schiet de baring niets op, waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt dwars aangelegd.

Niettegenstaande dubbelzijdige episiotomie, ontstaat er een ruptura perinei, die gehecht wordt. Het kind is licht asphyctisch, weegt 3500 gr., is 53 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een zeer lichte temperatuursverhooging.

84. A. C. v. V., 1902, N°. 3, I-para, 36 jaar, komt 3 Januari in partu.

6 Januari 5 u. A.M. zijn de vliezen gebroken; er is ± 7 cM. ontsluiting, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Daar te 2 u. 30 P.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarbij een kleine

perinaal ruptuur optreedt. Hierna wordt het kind verder ontwikkeld.

In utero blijkt nog een tweede kind te zijn, en wel in een nog niet gebroken vruchtzak. Deze wordt manueel verscheurd, en daar de vrucht zich in schedelligging bevindt, de tang aangelegd en het kind geëxtraheerd. (Vermoedelijk hooge tang?).

Beide kinderen zijn asphyctisch, doch worden bijgebracht. Zij zijn resp. 39 en 45 cM. lang, wegen 1250 en 1900 gr., en hebben zeer kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging van de 3e tot 6e dag p. p.

85. C. A. L., 1902 N°. 9, I-para, 19 jaar, komt 7 Januari in partu.

9 Jan. 7 u. P.M. worden de vliezen manueel gebroken. De ontsluiting is ± 6 cM.

Te 11 u. P.M. worden de foetale harttonen duidelijk trager, waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

De tang wordt dwars aangelegd en daar het perineum erg spant, dubbelzijdige episiotomie verricht. Daarna volgt de extractie.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3260 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

86. C. A. v. V., 1903 N°. 389, I-para, 34 jaar, heeft een wijd trechterbekken.

Omtrek bekken	99	cM.
Dist. Spinarum	29,5	»
» Cristarum	33	»
» Tuberum	11,5	»
» Trochanterica	37	»

26 Sept. 10 u. P.M. komt de vrouw in partu.

27 Sept. 3. u. 25 P.M. De vliezen worden manueel gebroken; de ontsluiting is volkomen. De schedel is met een groot segment ingedaald.

Te 10 u. 5 P.M. staat de schedel met een klein segment in de bekkenuitgang, met geheel volbrachten spildraai.

28 Sept. 12 u. 30 A.M. Halverwege navel en symphysis is een duidelijke contractiering. De foetale harttonen worden onregelmatig. Daarom wordt de tang dwars aangelegd en de baring getermineerd. Ondanks dubbelzijdige episiotomie, ontstaat er toch een perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

De placenta wordt spontaan geboren, en daar de vrouw heftig vloeit, wordt de uterus getamponneerd.

Het kind is licht asphyctisch, en wordt spoedig bijgebracht. Het weegt 4000 gr. en is 49 cM. lang. De schedelmaten zijn:

Groote	omtrek van het hoofd	43 cM.
Middelb.	» » » »	39 »
Kleine	» » » »	33 »
Diam,	fronto-occipit.	12,4 »
»	mento- »	14,2 »
»	suboccip-bregmat.	9,6 »
»	» -frontal.	11,4 »

De vrouw heeft een recto-vaginaalfistel gekregen en wordt overgeplaatst naar de gynaecologische afdeeling.

c. Achterhoofdsligging met volkomen ingedaalden schedel en nog niet geheel volbrachten spildraai, waarbij de tang schuin aangelegd wordt.

Hiervan kwamen 5 gevallen voor; 3 maal was de schedel het diepst ingedaald met de kleine fontanel links vóór, 2 maal met de kleine fontanel rechts vóór. De tang werd aangelegd in de schuine afmeting, evenals of men de schedel wilde roteeren volgens de methode van Lange en welke methode later zal besproken worden.

De rotatie bleek echter onnoodig, daar de schedel in alle 5 gevallen, bij het sluiten van de tang, met de kleine fontanel vanzelf naar voren draaide. Bij het inwendig onderzoek werd dus vermoed, dat de spildraai nog niet ver genoeg gevorderd was om de tang dwars te kunnen aanleggen; echter ten onrechte.

87. B. H., 1898 N°. 145 II-para, 26 jaar.

Het eerste kind werd in stuitligging geboren.

De weeën beginnen 13 April 8 u. P.M.

14 April 10 u. 45 P.M. is de schedel ingedaald met de kleine fontanel links vóór; de vliezen zijn gebroken.

De tang wordt aangelegd in de linker schuine, waarna de kleine fontanel vanzelf in de rechte afmeting draait; daarna volgt de extractie.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht.

Het heeft een facialis parese.

Het kind weegt 3530 Gr., en is 52 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	42 cM.
Middelb.	» » » »	36 »
Kleine	» » » »	31,5 »
Diam.	fronto-occip.	13 »
»	mento- »	15 »
»	suboccip-bregmat.	13 »
»	» -front.	11,5 »

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens eene lichte kortdurende temperatuursverhooging.

88. H. S., 1900 N°. 421, I-para, 28 jaar, komt 25 December 10 u. 30 P.M. in partu.

26 Dec. 7 u. 40 A.M. Er is volkomen ontsluiting en de vliezen zijn gebroken; de schedel staat voor den bekkenuitgang, met de kleine fontanel links voor. Daar te 9 u. 30 A.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt de tang aangelegd, en wel de rechterlepel het eerst rechts vóór, dan de linkerlepel links achter; bij het sluiten van de tang komt de kleine fontanel vanzelf naar voren, waarna de extractie volgt. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind weegt 2940 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen de 3e dag p.p. is er temperatuursverhooging tot 40°.

89. J. M. H., 1903, N°. 340, I-para, 24 jaar, wordt 28 Augustus, 9 u. A.M., op de verloskamer gebracht, wegens Eclampsie. 's Nachts had zij 5 aanvallen gehad en gevoelde zich vóór dien tijd zeer wel.

De urine, per catheter ontlast, is sterk bloedhoudend.

9 u. 15 A.M. 1e aanval, 20 m.gr. morphine en 600 C.c. phys. zoutsol.

Er is 6 c.M. ontsluiting, de schedel is met een segment ingedaald.

10 u. A.M. 2e aanval

10 u. A.M. 3e aanval, 10 m.gr. morphine.

11 u. A.M. 4e aanval

Daar de foetale harttonen nu twijfelachtig zijn te hooren, wordt besloten tot termineeren.

Het ostium uteri wordt volgens Bonnaire—v. Oordt verwijd. De vliezen zijn reeds gebroken. De schedel blijkt bijna geheel ingedaald te zijn met de kleine fontanel links dwars, iets naar voren. De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting, en bij de proeftractie draait de kleine fontanel vanzelf naar voren. Daarna volgt de extractie, die veel moeilijkheden oplevert door de weekheid van den schedel. Dubbelzijdige episiotomie voorkomt het ontstaan van een perineaal

ruptuur. De placenta wordt volgens Credé verwijderd. Het kind wordt dood geboren. Het weegt 3250 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

De moeder krijgt een hypodermatoclyse van 600 C.c. physiol. zoutsolutie, daar zij een zeer kleine pols heeft, en bovendien 5 kamfer-aether-injecties.

Te 3 u. 15 P.M. krijgt pat. nogmaals een hypodermatoclyse van physiol. zoutsol. De pols blijft klein en frequent en te 4 u. 30 succombeert pat.

90. C. W. H. K., 1898 N°. 290, I-para, 29 jaar, wordt 30 Juli 9 u. P.M. in de kraaminrichting gebracht.

9 u. 15 P.M. 1e aanval.

9 u. 40 » 2e aanval, voornamelijk trekkingen aan de rechter-lichaamshelft. Pat. krijgt 20 m.gr. morphine.

10 u. 15 P.M. 3e aanval. Krijgt weder 20 m.gr. morphine.

10 u. 55 » 4e »

11 u. 50 » 5e »

1 Aug. 12 u. 40 A.M. Venaesectie gedaan aan rechterarm en 150 C.c. bloed ontlast.

12 u. 55 A.M. 6e aanval, 20 m.gr. morphine.

1 u. 15 » Pat. krijgt hypodermatoclyse van physiologische zoutsolutie.

1 u. 45 A.M. 7e aanval.

1 u. 40 » 8e »

3 u. 45 » 9e » Pat. krijgt 10 m.gr. morphine.

1 u. P.M. Het uitwendig onderzoek wettigt het vermoeden op gemelli. Geen harttonen te hooren.

3 u. 35 P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat vóór den uitgang met de kleine fontanel rechts vóór. De tang wordt aangelegd in de rechter schuinte, waarna de kleine fontanel naar voren draait. Dan volgt de verdere extractie.

Het kind is dood.

Bij inwendig onderzoek blijkt nog een tweede kind in utero te zijn, dat manueel geëxtraheerd wordt.

Daarna worden de 2, volkomen van elkaar gescheiden placentae, volgens de methode van Credé verwijderd.

Bij de forcipale extractie ontstaat een ruptura perinei tot aan den anus, die met 5 hechtingen gehecht wordt. Pat. vloeit voortdurend een weinig, waarvoor zij eenige ergotine-injecties krijgt, benevens een hypodermatoclyse van 600 C.c. physiol. zoutsolutie.

Gedurende het puerperium had pat. nog langen tijd albumen in de urine; een enkele maal temperatuursverhooging.

29 Aug. wordt pat. ontslagen.

91. M. A. S., 1901, N°. 474, I-para, 23 jaar, komt 25 Dec. 1 u. P.M. in partu.

Te 8 u. 25 P.M. is er ± 9 cM. ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór, bijna dwars.

Na een krachtige wee krijgt pat. plotseling een dik rechteroog; de rechterwang is ook opgezet en vertoont het typische sneeuwbalkraken van huid-emphyseem.

Daar het huid-emphyseem zichtbaar snel toeneemt, en zich over borst en buik begint uit te strekken, wordt te 8 u. 50 P.M. tot forcipale extractie besloten.

De tang wordt aangelegd in de rechter schuine afmeting; eerst de linker lepel, van onderen uit, dan de rechter lepel van uit de linker liesplooi. Bij het sluiten van de tang komt deze dwars te liggen, en draait de kleine fontanel van zelf naar voren. Daarna volgt de extractie, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus ontstaat, die later gehecht wordt.

Het kind is een weinig asphyctisch, maar komt spoedig bij. Het weegt 3100 gr., is 46 cM. lang en heeft kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord. Het huid-emphyseem, dat zich niet verder uitbreidde na den partus, is 2 Januari 1902 geheel verdwenen.

d. Kruinligging met volkomen ingedaalden schedel en bijna geheel volbrachten spildraai.

Deze ligging kwam 3 maal voor; 1 maal stond de kleine fontanel rechts achter, 2 maal links achter. In alle gevallen werd de tang gewoon dwars aangelegd. De extractie zelf geeft ook geen aanleiding tot bijzondere besprekingen; de tang werd met beide handen vastgehouden en werd noch de eene hand tegen het perineum, noch, zooals sommige obstetrici aanraden, een vinger in het rectum gebracht. Bij de beide multiparae ontstond geen perineaal ruptuur, bij de primipara wel; bij geen van de drie ontstond een vaginaal fistel.

92. J. V., 1900, N°. 241, VIII-para, 36 jaar.

6 kinderen zijn spontaan geboren, 1 werd forcipaal geëxtraheerd.

10 Juli 1 u. 30 A.M. komt de vrouw in partu. Te 9 u. 30 A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de pijlnaad staat in de rechte afmeting, een fontanel is niet te voelen.

10 u. 55 A.M. De harttonen worden zeer onregelmatig. Daarom wordt de tang dwars aangelegd en de schedel in kruinligging geëxtraheerd.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 4300 gr., is 55 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; hoogste temp. 37,4°.

93. E. P., 1900, N°. 279, VII-para, 30 jaar, komt 17 Aug. 12 u. M. in partu. 19 Aug. 4 u. 30 P.M. wordt pat. op de verloskamer gebracht omdat de forcipale extractie van haar huismedicus mislukt was. Er is ± 8 cM. ontsluiting, de voorlip is sterk oedemateus, de vliezen zijn gebroken; de schedel is geheel ingedaald met de groote fontanel het diepst, die rechts vóór staat. Het oedeem van de voorlip is de reden, dat de baring forcipaal getermineerd wordt, waarbij de tang dwars aangelegd wordt. Er ontstaat geen ruptuur.

Het kind is licht asphyctisch, en komt spoedig bij. Het weegt 3600 gr. is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

94. J. R., 1901 N°. 219, I-para, 18 jaar, wordt 8 Juni in de kliniek opgenomen met algemeenen hydrops, die bijzonder sterk is aan de beenen. De urine bevat ongeveer 35 ‰ albumen (Esbach).

11 Juni. Pat. krijgt in den loop van den dag 5 eclamptische aanvallen, die met morphine-injecties bestreden worden.

14 Juni 7 u. P.M. komt pat. in partu. Ze heeft hevige hoofdpijn en ziet zeer slecht. Pat. braakt veel. De foetale harttonen zijn goed.

15 Juni 5 u. A.M. krijgt pat. een eclamptischen aanval.

De vliezen staan, er is ± 2 cM. ontsluiting.

Te 7 u. A.M. krijgt ze een tweeden aanval. Daar de foetale harttonen zeer zwak en onregelmatig zijn geworden, wordt tot termineeren besloten. De vliezen staan nog, er is 3 cM. ontsluiting, de schedel is diep ingedaald, terwijl de pijlnaad van links achter naar rechts voor verloopt.

Volgens de methode Bonnaire-Van Oordt wordt het ostium uteri gerekt; dit gaat zonder moeite en in ongeveer 8 minuten is er volkomen ontsluiting. De vliezen worden gebroken, en daar de groote fontanel rechts vóór staat, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel en daarna het verdere kind zonder moeite geëxtraheerd.

Er blijkt nu nog een tweede kind in utero te zijn, dat aan de voet wordt afgehaald; het is dood.

De beide placentae worden door druk op den fundus uitgedreven.

Bij de forcipale extractie is een perineaal ruptuur ontstaan tot aan den anus; deze wordt gehecht en de uterus getamponneerd.

Het eerste kind is niet asphyctisch, het weegt 1700 gr., is 43 cM. lang en heeft zeer kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, zonder temperatuursverhooging. 9 Juli wordt Pat. overgeplaatst naar het Wilhelmina-Gasthuis, daar de urine nog eiwit bevat.

De tang werd dwars aangelegd 73 maal bij primiparae, waarvan de jongste 18, de oudste 43 jaar was, en 21 maal bij multipara. Gaan we na, hoe bij deze multiparae de vorige baringen verliepen, dan krijgen we de volgende tabel:

Geval	10	II-para	1e kind	spontaan.
»	63	II »	1e »	»
»	87	II »	1e »	»
»	47	II »	1e »	forcipaal.
»	48	II »	1e »	»
»	52	II »	1e »	»
»	12	II »	1e »	»
»	46	III »	1e »	forcipaal, 2e versie en extr.
»	60	III »	1e en 2e kind	forcipaal.
»	65	VI »	4 spontaan, 1	kunsthulp.
»	35	VII »	4 »	2 forcipaal.
»	61	VII »	1 forcipaal, 5	spontaan.
»	93	VII »	onbekend.	
»	21	VIII »	7 spontaan.	
»	64	VIII »	7 »	
»	92	VIII »	6 »	, 1 forcipaal.
»	58	IX »	8 »	
»	29	XI »	10 »	
»	23	XII »	7 »	, 4 forcipaal.
»	24	XIII »	11 »	, 1 »
»	34	XIII »	12 »	

Indicaties.

Een indicatie om de baring forcipaal te termineeren leverde het *levensgevaar voor de moeder* 21 maal, het *levensgevaar voor de vrucht* 22 maal; 49 maal werd de baring *proplylactisch*, 2 maal *zonder* opgegeven indicatie getermineerd.

Gaan wij thans na waardoor het leven van de moeder in gevaar was gebracht.

In 8 gevallen was dit *Eclampsie;* in 1 geval (33) Eclampsie of Hysterie; de eiwithoudende urine, alsmede de zeer kort durende en herhaalde aanvallen wijzen er mijns inziens echter op, dat de barende lijdende was aan Eclampsie. Twee vrouwen succombeerden eenige uren post partum; bij ééne vrouw trad nadat de baring getermineerd was nog 1 aanval op, bij de 6 overigen kwamen geen aanvallen meer voor. De urines, die vóór de baring alle eiwithoudend waren, bevatten in 4 gevallen geen albumen meer na 6—28 dagen; 1 vrouw had na 24 dagen bij haar vertrek nog albuminurie, terwijl van 2 patienten niets vermeld staat aangaande de urine.

Voor de kinderen was de afloop minder gunstig, daar toch slechts 4 levend geboren werden; 5 waren bij de geboorte reeds dood en juist in gevallen, waarbij de harttonen niet of twijfelachtig te hooren waren.

Oedeem van de voorlip was 5 maal de oorzaak, dat handelend moest worden opgetreden.

3 maal werd de baring getermineerd wegens het hooger komen van een *contractiering;* in 2 van deze gevallen werd de indicatie tot ingrijpen nog versterkt door het levensgevaar, waarin de vrucht verkeerde, en dat zich uitte, door het onregelmatig worden der foetale harttonen. Bij alle 3 vrouwen werd ruptuur van den uterus voorkomen, terwijl bij de kinderen geen nadeel was ontstaan door de applicatie van den forceps. Eene vrouw echter kreeg een recto-vaginaal fistel.

Wegens *slechte algemeene gezondheidstoestand van de vrouw*, gepaard met het hooger komen van een contractiering en slechte foetale harttonen werd slechts 1 maal de tang aangelegd. Wat de moeder betreft, beantwoordde de uitslag geheel aan het doel, dat men bereiken wilde; het kind echter werd dood geboren, doch dit was te verwachten, daar geen foetale harttonen te hooren waren, toen de vrouw op de verloskamer gebracht werd.

Ook wegens *temperatuursverhooging* werd de baring slechts 1 maal getermineerd. Tot den 7^{en} dag p.p. bleef echter temperatuursverhooging bestaan; het kind echter werd dood geboren; mogelijk is het, dat dit voorkomen had kunnen worden, indien de extractie 2 uren vroeger geschied ware, zoodra toen de harttonen minder goed werden, hetgeen met het oog op de ontsluiting en plaats van den schedel zeer goed zou gegaan zijn.

Huidemphyseem was 1 maal de indicatie tot termineeren. Het emphyseem breidde zich postpartum niet verder uit, doch ging snel terug. Ook het kind ondervond geen nadeelen door de forcipale extractie.

De tang werd ook 1 maal aangelegd wegens *oedeem van het rechter labium majus;* het kind stierf een half uur na de geboorte. Het is jammer, dat de historia morbi van dit geval zeer onvolledig is.

Direct *levensgevaar voor de vrucht* ontstaan door het *prolabeeren van den navelstreng* gaf 1 maal aanleiding tot het aanleggen van den forceps. Het kind was zeer licht asphyctisch en kwam spoedig bij.

Levensgevaar voor de vrucht, kenbaar aan het *veranderen der harttonen* was in 21 gevallen de reden, dat de tang werd aangelegd. 7 maal werden de foetale harttonen *trager*, 5 maal *frequent*, 5 maal *onregelmatig*, 3 maal *zeer zwak*, terwijl 1 maal de extractie werd verricht zoodra toen de harttonen plotseling *niet meer te hooren* waren; het kind was echter dood. De baring duurde van 2 tot 85 uur; van 2 gevallen is de duur der baring niet bekend.

Van de kinderen waren er 8 *niet*, 8 *licht asphyctisch;* 2 waren *diep asphyctisch*, maar werden bijgebracht; 1 werd *dood* geboren, doch ook in dit geval waren de harttonen, toen de extractie verricht werd, zeer zwak en bijna niet te hooren; 1 kind *stierf* 15 uur na de geboorte.

Wegens afloopen van meconium werd in geen geval de forceps aangelegd.

Uit een *prophylactisch* oogpunt werd 49 maal de baring

forcipaal getermineerd. Hierbij is ook gerekend 1 geval, waarbij de tang werd aangelegd, dadelijk nadat de vrouw op de verloskamer was gebracht, omdat de huismedicus reeds te vergeefs had beproefd de extractie te doen wegens te lange duur van de baring.

In deze gevallen was er volkomen ontsluiting, was de schedel geheel ingedaald met volbrachten of zoo goed als volbrachten spildraai, terwijl de toestand van moeder of kind geen reden tot ingrijpen aanboden. Toch werd na eenigen tijd gewacht te hebben, de tang aangelegd, daar de baring niet vorderde. Echter heeft men zich niet geheel aan Pinard gehouden, die aanraadt 2 uur te wachten. De kortste tijd was 50 minuten, de langste 13 uur. Van de 49 gevallen is 4 maal niet opgegeven, hoe lang gewacht werd alvorens tot extractie over te gaan. De gemiddelde wachttijd bedroeg 3 uur 45 min.

In één geval, waar de vrouw lijdende was aan Eclampsia Parturientium, was het hierdoor veroorzaakte levensgevaar voor de moeder, niet de reden, dat de tang aangelegd werd: immers eerst 6 u. 20 min. nadat de ontsluiting volkomen en de schedel geheel was ingedaald met volbrachten spildraai, werd de baring getermineerd, het kind was slechts licht asphyctisch en het kraambed verliep ongestoord. Gaan we na wat de oorzaken kunnen geweest zijn, dat de baring niet vorderde, dan vinden we slechts 3 maal een bekkenvernauwing opgegeven, n.l. 1 algemeen gelijkmatig vernauwd bekken, 1 algemeen vernauwd plat ractitisch bekken en 1 vernauwing van den bekkenuitgang. Vaginavernauwing was ook in één geval de oorzaak, dat de schedel niet spontaan geboren werd. 9 Maal waren de schedelmaten der kinderen grooter dan normaal.

Is door de prophylactische extractie het doel bereikt, dat men zich voorstelde? Voor de moeder, ja; daar bij sommigen een perineaal ruptuur en een lichte temperatuursverhooging alle nadeelen waren door de extractie veroorzaakt. Voor de kinderen is de uitslag evenzeer gunstig; 14 waren *niet*, 27 *licht*, 4 *diep* asphyctisch, doch deze laatsten werden alle bijge-

bracht; van 3 kinderen staat niets opgeteekend, terwijl 1 kind *dood* geboren werd. In dit laatste geval (34) had de moeder een vernauwing aan de vagina, na een prolaps-operatie ontstaan; slechts ongeveer 1 uur is gewacht, alvorens de tang werd aangelegd. Zou wegens dit eene geval, den tijd, dien Pinard aanraadde, afgekeurd moeten worden en vervangen door een korteren? Mijns inziens niet, daar dit eene geval nog niet veel bewijst. Uit de ziektegeschiedenis toch blijkt niet, dat de indicatie een zuivere prophylactische was, m.a.w. er staat niet duidelijk vermeld, dat de foetale harttonen goed en regelmatig waren, toen de extractie verricht werd. Hoe lang gewacht werd, staat ook niet opgegeven, maar dit kan hoogstens 1 uur bedragen hebben. Waar nu gemiddeld 3 uur 45 min. gewacht werd, en dit geval slechts wordt overtroffen door een ander, waarbij men reeds na 50 minuten den forceps appliceerde, is het nog zeer de vraag, of ook niet het levensgevaar van de vrucht een aanwijzing was tot ingrijpen.

Overigens heeft de forcipale extractie de kinderen niet geschaad. Eén kind had een rechtszijdige facialisparese, die spoedig verdween, een ander kind een kleine wond aan de rechter slaap.

Zonder opgegeven indicatie werd 2 maal de baring getermineerd; in beide gevallen was er volkomen ontsluiting, waren de vliezen gebroken en was de schedel geheel ingedaald. Vermoedelijk zal dus wel de indicatie hier ook eene prophylactische zijn geweest.

Terwijl in bijna alle gevallen de *ontsluiting volkomen* was, toen de baring zou getermineerd worden, was zij dit 1 maal dubieus, en beslist *niet* in 3 gevallen. De ontsluiting bedroeg 2 maal 6, en 1 maal 3 c.M.; in deze gevallen werd het ostium uteri volgens de methode Bonnaire—Van Oordt gedilateerd, alvorens tot extratie werd overgegaan. Ter voorkoming eener perineaal ruptuur werd 24 maal de *episiotomie* verricht, en wel éénzijdig 5 maal, dubbelzijdig 19 maal. 4 Maal werd de episiotomie verricht, nadat reeds een kleine ruptuur was ontstaan en daardoor verdere inscheuring voorkomen. De perineaal

ruptuur werd voorkomen in 9, niet voorkomen in 11 gevallen.

Het aantal *perineaal rupturen*, is zeer groot; bij de 73 primiparae ontstonden 50 rupturen, of in 68,5 pCt. van de gevallen; bij de 21 multiparae ruptureerde het perineum 5 maal, dus ongeveer in 23,8 pCt.

Gemelli werden 5 maal geboren; 4 maal door versie en extractie nadat het eerste kind forcipaal geboren was, 1 maal door aanleggen van de hooge tang. In 3 gevallen was het 2e kind niet asphyctisch, in de overige waren beide kinderen dood geboren.

Wanneer we nagaan hoe het resultaat van de extractie voor de *kinderen* geweest is, dan zien we dat 27 *niet*, 41 *licht asphyctisch* waren, 12 kinderen waren *diep* asphystisch, doch werden bijgebracht. *Dood* geboren werden 10 kinderen; 5 maal leed de moeder aan Eclampsie, èn hierbij waren 4 maal de harttonen niet, 1 maal twijfelachtig te hooren. Van de overige gevallen waren 2 maal eveneens geen tonen te hooren en 3 maal waren de harttonen zeer slecht. Ingegrepen werd echter zoodra de harttonen minder goed begonnen te worden, doch te vergeefs. Slecht in één geval, wat vroeger reeds besproken is, had de dood van het kind voorkomen kunnen worden.

Twee der diep asphyctische kinderen stierven spoedig na de geboorte, en wel na een half en na 15 uur.

Van 4 kinderen staat niet opgeteekend of ze al of niet asphyctisch waren.

3 Kinderen hadden een éénzijdige *Facialis parese*, die spoedig weer verdween. 1 kind kreeg een *wondje*, 1 een *deuk* aan het wandbeen, terwijl bij een ander èn een Facialis parese èn een wondje werd waargenomen, die beiden spoedig genezen waren.

Voor de kinderen zijn dus de resultaten van de forcipale extractie zeer gunstig te noemen.

Dit zelfde kan men zeggen voor de moeders. Volkomen *ongestoord* verliep het kraambed in 39 gevallen; 49 maal trad *temperatuursverhooging* op, soms eerst eenige dagen post partum,

in andere gevallen was de verhooging van zeer voorbijgaanden aard. Eéne vrouw had *cystitis*, doch uit de ziektegeschiedenis blijkt niet, dat zij dit ook niet reeds vóór hare bevalling had. In één geval ontstond een *recto-vaginaalfistel*, nadat het kind in achterhoofdsligging was geëxtraheerd.

De moeder *stierf* in 2 gevallen; beide malen waren het Eclampticae, waarbij de tangverlossing, hoewel zoo spoedig mogelijk gedaan, de vrouwen niet in leven kon houden.

Van 2 vrouwen staat niets opgeteekend aangaande het kraambed.

HOOFDSTUK II.

ROTATIE VOLGENS LANGE.

Wanneer de schedel met dwars verloopenden pijlnaad in het bekken is ingedaald, dan is het onmogelijk hem in dezen stand te extraheeren. Daartoe moet eerst de schedel een gunstiger positie in het bekken hebben, hetgeen te bereiken is door den schedel met de tang aan te vatten en dan te draaien totdat de pijlnaad in de rechte afmeting van het bekken verloopt. Het gemakkelijkste zou zijn de tang in de rechte afmeting aan te leggen, doch de bekkenkromming van de lepels maakt dit, zoo niet onmogelijk, dan toch zeer moeilijk; daarom vergenoegt men zich de lepels in een der schuine afmetingen, zoo dicht mogelijk bij de rechte, aan te leggen. Deze methode, om den schedel met den forceps te roteeren, tot hij op de plaats staat, die het gunstigst is voor de extractie, is die van LANGE.

Hoe moet nu echter de tang hierbij aangelegd worden? Hiervoor zijn twee manieren aangegeven. De eerste is deze, dat men de lepels onmiddelijk op de plaats brengt, waar zij moeten komen liggen, terwijl men met de voorste (daar dit de moeilijkste is) begint, ook al is het de rechterlepel. Staat de kleine fontanel rechts dwars, dan is de linkerlepel de voorste. Deze wordt als een strijkstok vastgehouden en van onder uit van de tegenoverliggende zijde direct op de goede plaats

gebracht. Hierbij wordt ook weer, als altijd, de linkerlepel met de linker-, de rechter- met de rechterhand vastgehouden. De tweede lepel wordt daarna van boven uit, van de mediaanlijn achter ingebracht. Deze methode, die vooral door de Fransche school beoefend wordt gelukt bijna altijd, behalve wanneer de ontsluiting onvolkomen is.

De andere methode om de tang aan te leggen, is deze, dat men (evenals bij de dwarse tang) de linkerlepel altijd het eerst inbrengt in de dwarse afmeting, van boven uit; daarna laat men om de ingebrachte vingers de lepel basculeeren, hetzij naar boven, hetzij naar onderen, totdat hij op de gewenschte plaats ligt. Dan doet men hetzelfde met de rechterlepel.

Deze methode, die het voordeel heeft, wel bij onvolkomen ontsluiting toegepast te kunnen worden, heeft echter een groot nadeel. Wanneer toch bij achterhoofdsligging met dwarsverloopenden pijlnaad de kleine fontanel rechts dwars staat, komt de linkerlepel op het aangezicht te liggen en is het zeer lastig deze lepel over het aangezicht te laten basculeeren tot hij op zijn plaats, links-vóór is aangekomen. Dit is echter voor de voorstanders van deze methode geen bezwaar; zij laten dan de linkerlepel achterblijven, en brengen den rechterlepel rechts vóór en roteeren dan in plaats de kleine, de groote fontanel naar voren 1); zij maken dus van de bestaande ligging, een achterhoofdsligging met verkeerden spildraai. Dit nu levert veel gevaar op voor perineaal rupturen; als men toch de baring forcipaal termineert, zal gewoonlijk de schedel reeds sterk gemouleerd zijn, in dit geval het achterhoofd; en dit sterk uitgezette achterhoofd zal nu reeds lang door het perineum zijn gegaan, vóór dat men de glabella om de symphysis kan roteeren, Ook strookt deze methode niet met het denkbeeld om bij kunstverlossingen de baring steeds zooveel mogelijk gelijk te doen zijn aan de natuurlijke, waarbij steeds

---

1) M. A. Mendes de Leon. Ned. Tijdschrift voor Verloskunde en gyn. 1897, pag. 298 e.v.

het diepst ingedaalde deel onder de symphysis te voorschijn komt.

Wat voor de achterhoofdsliggingen gezegd is, geldt ook voor de kruin- en aangezichtsliggingen.

Bij kruinligging kan men, en mijns inziens is dit de juiste manier, de groote fontanel naar voren draaien; men kan ook getrouw blijven aan het principe steeds de kleinste schedelafmeting door de bekkenuitgang en vulva te halen en de kleine fontanel naar voren draaien.

Bij aangezichtsligging, waarbij de kin dwars staat, moet de kin altijd naar voren geroteerd worden, tenzij men eerst probeert van de bestaande ligging een achterhoofdsligging te maken door het hoofd met de hand op te duwen.

In 73 gevallen werd de schedel volgens Lange geroteerd, en wel 66 maal bij achterhoofdsligging, 5 maal bij kruin- en 2 maal bij aangezichtsligging.

a. Achterhoofdsligging met volkomen ingedaalden schedel en dwars verloopenden pijlnaad.

Deze ligging kwam 66 maal voor; 33 maal stond de kleine fontanel links-dwars, 33 maal rechts-dwars. De tang werd steeds aangelegd met de voorste lepel het eerst, behalve in 3 gevallen, (108, 140, 144). In geval 108 en 140 was er volkomen ontsluiting en werd de tang zonder bekende redenen aangelegd met de linkerlepel het eerst en daarna gebasculeerd. In geval 144 gelukte het niet de tang direct op de goede plaats te brengen, ondanks volkomen ontsluiting en werd daarom de andere methode gebruikt.

Het ligt niet in mijne bedoeling vergelijkingen te geven tusschen statistieken waarbij de schuine tang volgens de eene of andere methode werd aangelegd. Ik wil er hier alleen op wijzen, dat de methode, zooals die hier te Amsterdam in de Vrouwenkliniek gevolgd wordt, eene zeer goede is. Voegen we bij de 73 gevallen van de Rotatie Lange, de 5 gevallen

uit Hoofdstuk I, waarbij de tang ook (hoewel overbodig), in de schuine afmeting werd aangelegd, de 17 gevallen waarbij het 2e tempo van de „hooge tang" een schuine tang was, en eindelijk nog de 3 gevallen van de rotatie volgens Scanzoni, dan krijgen we een reeks van 98 gevallen, waarbij slechts *één* maal de tang anders moest worden aangelegd, en waarbij de schedel steeds geboren werd met het diepst staande deel onder de symphysis, dus een schedelstand, die het meest met de natuurlijke baring overeenkomt.

Tot deze rubriek heb ik ook gebracht één geval, waarbij de schedel in voorhoofdsligging was ingedaald, doch waarvan manueel een achterhoofdsligging was gemaakt, alvorens de tang werd aangelegd.

95. J. H. L., 1896 N°. 222, I-para, 35 jaar, komt 27 Mei 9 u. P.M. in partu. 28 Mei 4.30 A.M. komt pat. op de verloskamer en blijkt dat het vruchtwater reeds is afgeloopen. De schedel staat met een segment ingedaald, onbewegelijk in het bekken. Harttonen links onder de navel. Bij touché blijkt er te zijn 3 cM. ontsluiting, en schedelligging met kleine fontanel links achter. Pijlnaad loopt van links achter naar rechts voor.

29 Mei 12.30 A.M. Ontsluiting 7 à 8 cM., schedel geheel ingedaald, kleine fontanel links achter. Weeën zijn zeer zwak.

29 Mei 5 u. P.M. Ontsluiting is volkomen, pijlnaad verloopt nagenoeg dwars, de kleine fontanel links; vlak onder de symphysis voelt men een oor. Harttonen van het kind 168.

29 Mei 7 u. P.M. Daar er volkomen ontsluiting is, de partus niet verder gaat en de foetale harttonen frequent zijn, wordt tot forcipale extractie besloten. Inwendig onderzoek leert hetzelfde als 's middags om 5 uur. De tang wordt aangelegd met de rechterlepel vóór, de linker achter.

Om 8 u. 30 P.M. wordt de placenta manueel verwijderd, waarna sterke nabloeding ontstaat; de uterus wordt getamponneerd met jodoformgaas.

Kind is niet asphyctisch, weegt 3650 gr. en is 51 cM. lang; schedelmaten normaal.

Puerperium verloopt ongestoord, alleen gaat pat. 9 Juni weer sterk vloeien tengevolge van het blijven zitten van een stuk placenta, dat nu manueel verwijderd wordt.

96. M. v. d. N., 1896 N°. 272, I-para, 20 jaar, wordt 3 Juli 8 u. P.M. in de kraaminrichting gebracht, daar zij thuis 5 toevallen heeft gehad. Hier op bed gebracht, krijgt zij dadelijk weder trekkingen in armen, in 't gelaat en in de onderste extremiteiten; ze is zeer cyanotisch. Onmiddellijk wordt 20 m.gr. morphine geïnjicieerd, en daarna chloroformnarcose geappliceerd; de laatste wordt gebruikt om pat. te reinigen, te catheteriseeren (een weinig donkere urine wordt te voorschijn gebracht met ± 30 ‰ albumen) en inwendig te onderzoeken. Hierbij blijkt dat de ontsluiting 7 à 8 cM. is, de vliezen gebroken zijn en de schedel ingedaald is met de kleine fontanel links-dwars. Besloten wordt de partus forcipaal te termineeren. De rechterlepel wordt, als vóórliggende, hoog naast de symphysis ingebracht, de linkerlepel daarna links achter. Tang wordt gesloten en proeftractie verricht, daarna wordt de schedel geroteerd tot de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de schedel langzaam geëxtraheerd wordt, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus ontstaat; hierna wordt verder het kind geëxtraheerd.

De placenta wordt ook verwijderd, waarna de perineaal ruptuur gehecht wordt met 1 fijne hechting in den anus, 3 in de vagina en 2 aan het labium, dat ook is ingescheurd, in het perineum worden 3 diepe en 2 oppervlakkige hechtingen gelegd.

Het kind was asphyctisch maar wordt met warme en koude baden en bewegingen volgens Schulze weder bijgebracht.

Kind weegt 3500 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

25 Juli wordt pat. ontslagen.

97. T. B., 1896 N°. 300, III-para, 31 jaar, komt 19 Juli 5.30 A.M. in partu. Haar eerste kind werd zonder kunsthulp geboren, het tweede werd manueel geëxtraheerd. 20 Juli 11 u. A.M. loopt het vruchtwater af; de medicus van pat. doet poging het kind te extraheeren; daar hem dit niet gelukt wordt pat. 20 Juli 9 u P.M. naar de kraaminrichting gebracht.

Hier vindt men den volgenden status:

Omvang buik	104 cM.
Omvang bekken	95 »
Dist. Spinarum	25 »
Dist. Cristarum	28 »
Dist. Tuberum	7,5 + 1,5 cM.

Harttonen van het kind zeer zwak en frequent.

Aan uitwendige genitalia zijn geen oedemen; vliezen gebroken, volkomen ontsluiting; promontorium niet meer te bereiken, schedel bijna geheel ingedaald, kl. fontanel links voor.

Diagnose A. a. l. v. en vernauwde bekkenuitgang.

Te 11.30 P.M. wordt hierom besloten de baring forcipaal te termi-

neeren. De tang wordt aangelegd in de 2e schuine, en het hoofd geëxtraheerd; ook de schouders worden met moeite ontwikkeld, waarna de rest van het kind snel volgt. Geen ruptura perinei.

Het kind is wit asphyctisch, maar wordt weder bijgebracht. Het weegt 4000 gr. en is 51 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	40 cM.
Middelb.	» » » »	36 »
Kleine	» » » »	31 1/2
Diam.	fronto-occip.	12
»	mento- »	14,5 »
»	suboccip-bregmatica	9
»	biparietalis	9 »
»	bitemporalis	7 »

Op rechter- en linkerwandbeen heeft het kind een geboortegezwel; boven beide oogen indruksels en excoriaties van de tang; bovendien is het rechterooglid sterk gezwollen en heeft het kind een rechtszijdige facialis parese.

Kraambed verloopt ongestoord en 3 Aug. wordt pat. ontslagen.

98. G. S., 1896 N°. 362, I-para, 21 jaar, komt 1 Sept. 1 u. A.M. in partu.

Omtrek bekken 85 cM.

Dist. Spin. 25 »

» Crist. 28 »

» Tuberum 7,5 + 1,5 cM., dus bekken in den uitgang vernauwd.

1 Sept. 10 u. A.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken. de schedel volkomen ingedaald met kleine fontanel links vóór. 2 u. P.M. toestand onveranderd. Weeën zeer zwak. Daar te 4 u. P.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt besloten tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd in de 2e schuine afmeting, eerst de linker-, dan de rechterlepel. Extractie geschiedt zonder moeilijkheden. Perineaal ruptuur tot aan den anus, waarna aan weerskanten de episiotomie wordt verricht.

Kind niet asphyctisch, weegt 3750 gr., is 50 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	40 cM.
Middelb.	» » » »	36 »
Kleine	» » » »	34 »
Diam.	fronto-occip.	13 »
»	mento- »	14 »
»	suboccip-bregmat.	10,5 »
»	» -frontalis	12 »

Puerperium verloopt ongestoord.

99. C. G. G., 1896 N°. 373, I-para, 26 jaar, is sinds 5 Sept. in de kliniek, daar haar urine sterk eitwithoudend is.

Den 7en Sept. te 7 u. P.M. krijgt pat. plotseling een eclamptischen aanval; zij krijgt een morphine-injectie van 20 m.gr. en wordt in lichte chloroform-narcose gebracht. Bij het inwendig onderzoek blijkt, dat de portio vaginalis nog staat; het ost. ext. is voor den vingertop toegankelijk, het ost. int. gesloten; de schedel staat onbewegelijk in het kleine bekken.

7 u. 40 P.M. 2e aanval, na injectie van 10 m.gr. morphine wordt pat. weer in lichte narcose gebracht.

8.50 P.M. 3e aanval; dadelijk chloroform-narcose.

8 Sept. 6 u. A.M. 4e aanval, waarvoor weder narcose wordt geappliceerd

10 u. A.M. 5e aanval, 10 m.gr. morphine en narcose.

Van 12 tot 3 uur P.M. is pat. rustig; dan treden braakbewegingen op en wordt een nieuwe aanval gecoupeerd door een lichte chloroform-narcose, die ongeveer 25 min. duurt. Als pat. weer bijkomt voelt zij duidelijk weeën. Ontsluiting 3 à 4 cM.

8 Sept. 7 u. 45 P.M., ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken; de kleine fontanel staat het diepst links voor; het perineum begint zich reeds te welven. Een poging om met de handgreep van Ritgen, het hoofd te doen geboren worden, mislukt. Nu wordt de tang aangelegd in de 2e schuine afmeting; de tang wordt nu naar beneden en rechts getrokken totdat de achterhoofdsknobbel onder de symphysis staat en daarna de schedel verder geëxtraheerd. De ontwikkeling van het kind biedt verder geen moeilijkheden aan. Er ontstaat een flinke scheur in de achterste vaginaalwand en een 2 cM. groote perineaal ruptuur, waardoor een hevige bloeding optreedt. De uterus is goed gecontraheerd. De ruptuur en vaginaalwond worden met hechtingen gesloten.

Nadat de placenta door expressie verwijderd is, wordt de uterus getamponneerd, waarna de bloeding tot staan komt.

Het kind is een weinig asphyctisch, weegt 3050 gr., is 49 cM. lang. Normale schedelmaten.

26 Sept. wordt pat. ontslagen.

100. G. d. V., 1896 N°. 374, I-para, 30 jaar, komt 7 Sept. 4 u. P.M. in partu; de weeën zijn zeer zwak.

8 Sept. 10 u. P.M. Ontsluiting 6 à 7 cM., vliezen zijn gebroken; de schedel is ingedaald met kleine fontanel links vóór. De harttonen van het kind worden echter aanmerkelijk langzamer, waarom tot forcipale extractie besloten wordt.

Te 11 u. P.M. wordt de tang in de 2e schuine aangelegd, doch de extractie gelukt niet. Een poging om met de tang in de 1e schuine afmeting, te extraheeren, gelukt evenmin (?). De tang wordt nu weder in de 2e schuine aangelegd en met veel krachtsinspanning wordt de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat een geringe perineaal ruptuur.

Het kind is asphyctisch, doch wordt weer bijgebracht. Weegt 4000 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het puerperium verloopt met eenige temperatuursverhooging. 1 Oct. wordt pat. ontslagen.

101. M. K. 1896, N°. 385, V-para, 32 jaar, komt 20 Sept. 11.30 P.M. in partu.

Omtrek bekken	86	cM.
Dist. Spin.	21,5	»
Dist. Crist.	25	»
Dist. Tuberum	8,5 + 11½	»
Conj. Vera	12—1½ = 10½	»

Promontorium even te bereiken, sacrum normaal uitgehold.

Diagnose: In geringe mate plat vernauwd, niet rachitisch bekken. Vroegere bevallingen zonder kunsthulp.

21 Sept. 9.30 A.M. Volkomen ontsluiting, vliezen gebroken, schedel voor een deel ingedaald; kleine fontanel staat het diepst links dwars.

Nadat de schedel door uitwendige druk dieper in het bekken geperst is, wordt de tang aangelegd; eerst de rechterlepel vóór, daarna de linker links achter; en na rotatie totdat de kleine fontanel in de rechte afmeting staat, wordt de schedel geëxtraheerd.

Het kind is licht asphyctisch, doch wordt bijgebracht. Het weegt 4300 gr. en is 51 cM. lang.

Groote	omtrek hoofd	41	cM.
Middelb.	» »	38½	»
Kleine	» »	35	»
Diameter	fronto-occipit	14	»
»	mento- »	12	»
»	suboccip-bregmat.	10	»
»	» -frontalis	11½	»

Kraambed verloopt ongestoord.

102. W. d. G., 1896, N°. 390, I-para, 24 jaar, heeft vroeger 2 maal abortus gehad, een van 3, een van 1 maand.

Er is geen vernauwing van den bekkenuitgang.

23 Sept. 10.30 P.M. Vliezen zijn gebroken, volkomen ontsluiting, schedel geheel ingedaald met de kleine fontanel links voor. Weeën zijn frequent en krachtig.

24 Sept. 1 u. A.M. Daar de toestand nog hetzelfde is, ondanks de krachtige weeën, wordt de tang aangelegd in de 2e schuine afmeting en de schedel geëxtraheerd, waarbij perineaal ruptuur ontstaat tot aan den anus.

Het kind is een weinig asphyctisch, weegt 3250 gr. is 49 cM. lang en normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

103. W. B., 1896, N°. 525, I-para, 29 jaar, komt 24 Dec. 9 u. P.M. in partu. Den 27 Dec. 1 u. A.M. komt zij op de verloskamer en wordt gevonden ontsluiting 5 à 6 cM., vliezen gebroken, voorlip niet oedemateus, schedel met groot segment ingedaald met de kleine fontanel links vóór. Ongeveer een handbreed boven de symphysis is duidelijk een contractiering zicht- en voelbaar. Foetale harttonen goed.

7 u. A.M., de ontsluiting is nog niet volkomen, de voorlip sterk oedemateus, de contractiering staat iets hooger, kleine fontanel staat vóór, en dieper ingedaald, dan om 1 u.

De rechterlepel wordt nu eerst rechts vóór ingebracht, daarna de linker links achter; langzaam draait de kleine fontanel tot in rechte afmeting en wordt de schedel geëxtraheerd, waarna de rest van het kind snel wordt uitgehaald. Ondanks episiotomie, perineaal ruptuur.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 4200 gr. is 49 cM. lang, heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

104. J. C. W., 1897, N°. 63, I-para, komt 17 Febr. 8 u. P.M. in partu, en wordt om 11 u. 30 P.M. naar de verloskamer gebracht. Men vindt volkomen ontsluiting, gebroken vliezen, schedel nog niet volkomen ingedaald, met de kleine fontanel links voor. Bekkenmaten normaal. Urine eiwitvrij. (?) Wegens eclampsie (?) wordt den 18 Febr. 12 u. N. de tang aangelegd in de linker schuine, de schedel 15° geroteerd en schedel geëxtraheerd. De verdere ontwikkeling van het kind volgt gemakkelijk. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is zeer licht asphyctisch en weegt 4750 gr.

Groote omtrek van het hoofd	41	cM.
Middelb. » » » »	39	»
Kleine » » » »	31	»
Diam. fronto-occip.	13	»
» mento- »	15½	»
» suboccip.-bregmat.	9	»
» » -front.	10½	»

Kraambed verloopt ongestoord, de 4e dag geringe temperatuursverhooging.

105. M. A. H., 1897, N°. 301, I-para, 19 jaar, komt 1 Sept. 4 u. P.M. in partu.

3 Sept. 3 u. P.M. De vliezen staan; ontsluiting 6 cM., schedel met groot segment ingedaald.

Te 6 u 55 P.M. krijgt pat. een eclamptischen aanval, die ongeveer 3 min. duurt. Na den aanval is het sensorium beneveld en heeft pat. nog nu en dan trekkingen. Te 7.45 P.M. wordt besloten tot forcipale extractie, daar de vliezen intusschen gebroken zijn. De schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. De ontsluiting is nog niet volkomen. Eerst wordt de rechterlepel rechts vóór gebracht, daarna de linker links achter, en wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, en daarna geëxtraheerd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht; het weegt 3250 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

106. J. T. 1897, N°. 367, I-para, 16 jaar komt 29 Oct. 3 u. A.M. in partu. Te 8 u. 30 A.M. vindt men gebroken vliezen, volkomen ontsluiting, en de schedel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. Foetale harttonen 144.

11 u. 45 A.M. De weeën zijn zeer zwak geworden en volgen elkaar met groote tusschenruimten op. De harttonen worden langzaam en onregelmatig. Toestand overigens hetzelfde. Te 12 u. 15 P.M. wordt de tang in de linker schuine aangelegd en het kind geëxtraheerd. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, doch wordt spoedig bijgebracht. Het weegt 3250 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

107. J. K., 1898, N°. 256, I-para, 19 jaar, komt 20 Juli 8 u. A.M. in partu. 21 Juli 12 u. 10 A.M. vindt men gebroken vliezen, volkomen ontsluiting, de schedel ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

3 u. A.M. De tang wordt aangelegd, eerst de rechterlepel vóór, dan de linker achter; na sluiting van de tang en proef-tractie wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, en daarna geëxtraheerd. Er ontstaat hierbij een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

108. B. C., 1898, N°. 268, I-para, 20 jaar, heeft een licht algemeen gelijkmatig vernauwd bekken.

Dist. Spinarum 24 cM.
» Cristarum 26 »
Omvang bekken 79 »

28 Juli komt de vrouw in partu. 29 Juli 8 u. P.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel staat voor de vulva met de kleine fontanel het diepst, links dwars.

Te 10 u. 30 P.M. is de toestand nog hetzelfde en wordt de tang aangelegd; eerst de linkerlepel van uit de rechter liesplooi, daarna de rechterlepel, die, na uit de linker liesplooi te zijn ingebracht, om de ingevoerde vingers gebasculeerd wordt naar zijn plaats rechts vóór. Na sluiting van de tang en proef-tractie wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel vóór staat, waarna de extractie volgt.

Het kind is asphyctisch, doch wordt bijgebracht; het weegt 3060 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met zeer geringe temperatuursverhooging.

109. J. M. B., 1898, N°. 430, I-para, 20 jaar, komt 12 Dec. 9 u. A.M. in partu. Des avonds te 10 u. 30 is er volkomen ontsluiting; de vliezen staan nog en worden manueel gebroken. De schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

13 Dec. 3 u. A.M. De toestand is nog hetzelfde; daarom wordt de baring forcipaal getermineerd volgens de methode van Lange. Er ontstaat hierbij een perineaal ruptuur tot aan den anus, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3750 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een zeer geringe temperatuursverhooging.

110. R. B., 1899. N°. 152, I-para, 33 jaar, heeft een algemeen gelijkmatig vernauwd bekken; van maten zijn alleen bekend de Dist. Spinarum 20,5 cM. en de Dist. Cristarum 23 cM.

De weeën beginnen 6 April.

10 April 9 u. A.M. op verloskamer gekomen, vindt men ± 7 cM. ontsluiting, gebroken vliezen, de schedel met een segment ingedaald, de kleine fontanel links dwars.

Te 5 u. P.M. is de baring nog niets gevorderd, waarom besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd, met de rechterlepel rechts vóór, de linker links achter; na proeftractie wordt de schedel in de bekkenholte getrokken en daarna door omzwaaien der handvatsels de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel naar voren staat, waarna de extractie op de gewone wijze volgt. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, wordt spoedig bijgebracht. Het weegt 2860 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

111. E. M. D., 1899. N°. 371, I-para, 25 jaar, komt 3 Oct. 1 u. A.M. in partu. 5 Oct. 1 u. 30 A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór. 7 u. A.M. De weeën zijn zeer zwak geworden; de toestand is nog onveranderd.

Te 8 u. A.M., wordt de tang aangelegd in de linker schuine afmeting, en de schedel geroteerd tot dat de kleine fontanel vóór staat, waarna de verdere extractie volgt. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt,

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3550 gr. en is 55 cM. lang.

Groote	omtrek van het hoofd	38	cM.
Middelb.	» » » »	37	»
Kleine	» » » »	32	»
Diam.	fronto-occip.	13	»
»	mento- »	13,5	»
»	suboccip.-bregmat.	11	»
»	» -front.	13	»

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens een geringe temperatuursverhooging.

112. A. M. T. t. H., 1899. N°. 432, XI-para.

Alle kinderen werden zonder kunsthulp geboren.

30 Nov. wordt pat. op de verloskamer gebracht. De vagina is getamponneerd, omdat de vrouw vloeide. Er is 5 cM. ontsluiting; er is geen voorliggend deel te voelen, doch komt men dadelijk op de placenta.

De vliezen worden gebroken naast de placenta, met een vinger, waarna veel vruchtwater afloopt. De schedel blijkt nu met een groot segment ingedaald te zijn

De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling gemakkelijk gaat.

De uterus blijkt nu nog een kind te bevatten, dat met versie en extractie geboren wordt, het is echter dood.

De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het eerste kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij.

Het kraambed verloopt met eenige temperatuursverhooging.

113. M. J. H., 1900. N°. 148, I-para, 25 jaar, komt 26 April 4 u. A.M. in partu. Te 9 u. 50 P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald, de kleine fontanel staat links dwars.

10 u. 45 P.M. De toestand is nog steeds dezelfde. De rechter lepel

wordt het eerst vóór ingebracht, daarna de linkerlepel achter; na rotatie van den schedel, totdat de kleine fontanel vóór is, volgt de extractie, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij. Het weegt 3130 gr. is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met eenige temperatuursverhooging.

114. J. W. W., 1901. N°. 99, I-para, 23 jaar.

Omtrek bekken	84	cM.
Dist. Spinarum	27	»
» Cristarum	29	»
Conj. Vera	8,5	»

26 Maart 11 u. P.M. komt de vrouw in partu.

28 Maart 6 u. 45 A.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links vóór, bijna dwars.

10 u. P.M. Daar de toestand onveranderd is, wordt de tang aanaangelegd, met de rechterlepel rechts vóór, en linker links achter, de schedel wordt geroteerd totdat de kleine fontanel vóór is en dan geëxtraheerd; daarna wordt het verdere kind ontwikkeld. Er ontstaat geen ruptura perinei.

Het kind is asphyctisch, en wordt met veel moeite bijgebracht, doch sterft na 1 uur in de couveuse.

Het kraambed verloopt met een zeer geringe temperatuursverhooging.

115. J. L., 1901. N°. 147, V-para, 28 jaar.

Het eerste kind is forcipaal geëxtraheerd, de drie anderen zijn spontaan geboren.

30 April 7 u. P.M. komt de vrouw in partu.

2 Mei 12 u. M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met dwars verloopende pijlnaad, en de kleine fontanel het diepst links.

Daar de foetale harttonen zwak en onregelmatig worden, wordt de baring forcipaal getermineerd. De rechterlepel wordt het eerst ingebracht rechts vóór, daarna de linker links achter; hierop wordt de schedel gedraaid met de kleine fontanel naar voren en de tang afgenomen. De schedel wordt verder met de handgreep van Kristeller geboren, en de romp geëxtraheerd. Er ontstaat geen ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, doch heeft een linkszijdige facialisparese. Het weegt 3650 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

116. M. L., 1901. N°. 423, I-para, 42 jaar wordt 13 November 3 u P.M. op de verloskamer gebracht, nadat 9 November reeds de weeën begonnen waren.

Het ostium uteri is ongeveer ½ cM. ontsloten; zonder moeite echter wordt er met den vinger ingegaan en de opening tot 5 cM. verwijd. De vliezen zijn gebroken. De schedel is met een groot segment ingedaald.

14 Nov. 10 u. 30 P.M. is de ontsluiting nog 5 cM.; de schedel is iets dieper ingedaald, met de kleine fontanel links dwars. Besloten wordt tot forcipale extractie. Volgens de methode Bonnaire—van Oordt wordt de ontsluiting volkomen gemaakt; daarna wordt de tang aangelegd met de rechterlepel vóór, de linker achter, de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat en vervolgens geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind volgt. De placenta wordt volgens Credé verwijderd en daar pat. vrij sterk vloeit, de uterus getamponneerd.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3350 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

117. E. O., 1901. N°. 426, I-para, 23 jaar, komt 17 Nov. in partu.

18 November 1 u. A.M. zijn de vliezen gebroken; er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

Te 10 u. A.M. wordt, daar de toestand nog hetzelfde is, de baring forcipaal getermineerd, volgens Lange, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3060 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

118. H. C. v. D., 1902. N°. 22, I-para, 22 jaar, wordt 20 Jan. te 5 u. 10 P.M. op de verloskamer gebracht wegens Eclampsie. Dadelijk na aankomst krijgt pat. een eclamptischen aanval; zij krijgt subcutaan 20 m.gr. morphine.

5 u. 30	P.M.	2e	aanval.	20 m.gr. morphine.
6 u.	»	3e	»	500 gr. physiol. zoutsolutie.
6 u. 30	»	4e	»	
7 u.	»	5e	»	20 m.gr. morphine.
7 u. 15	»	6e	»	
7 u. 45	»	7e	»	20 m.gr. morphine.
8 u. 5	»	8e	»	

Te 8 u. 15 P.M. wordt de partus getermineerd. De portio staat

nog; het ost. uteri is voor den vinger toegankelijk. Volgens de methode Bonnaire—van Oordt wordt het ostium verwijd, totdat er zes vingers door kunnen. De vliezen worden gebroken. De schedel staat diep ingedaald met de kleine fontanel links dwars. De rechterlepel wordt rechts vóór aangelegd, de linker links achter; na sluiting van de tang en proeftractie wordt de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de extractie volgt. Hierbij ontstaat een perineaal ruptuur, die gehecht wordt. De placenta wordt volgens Credé verwijderd. Daar pat. vloeit, krijgt zij 2 ergotine injecties.

Het kind is asphyctisch, wordt bijgebracht, maar succombeert na een 1/2 uur.

Na den partus heeft pat. nog 2 aanvallen gehad; na dien tijd niet meer.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 12 Februari wordt pat. geheel hersteld ontslagen.

119. J. v. R., 1902, N°. 231, II-para, 29 jaar.

Het eerste kind is forcipaal geëxtraheerd.

Ze heeft in haar jeugd Rachitis gehad; van bekkenmaten zijn alleen vermeld:

Omtrek bekken	83 cM.
Dist. Spinarum	27 »
Dist. Cristarum	28 »

4 Juli, 8 u. P.M. komt de vrouw in partu.

5 Juli 1 u. A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars, iets naar voren. Ongeveer handbreed boven de symphysis is een zwelling zichtbaar. De catheter wordt 2 maal in de blaas gebracht, doch er wordt geen urine ontlast. Daar de baring niets vordert en er zich wellicht een contractiering heeft gevormd, wordt besloten tot forcipale extractie.

De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting; eerst de rechterlepel van onderen uit, dan de linker van uit de rechter liesplooi. Nadat de schedel volgens Lange geroteerd is, zoodat de kleine fontanel vóór komt, wordt hij gedeeltelijk geëxtraheerd en vervolgens met de hangreep van Ritgen verder geboren. Daarna volgt de verdere ontwikkeling van het kind.

De vrouw vloeit vrij hevig; nadat ze 3 ergotine-injecties heeft gehad, staat de bloeding. Het kind is niet asphyctisch, het weegt 4150 gr., is 55 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

De eerste 2 dagen p.p. is er temperatuursverhooging. Overigens verloopt het kraambed normaal.

120. F. L. W., 1902, N°. 380, II-para, 35 jaar.

Omtrek bekken	82	cM.
Dist. Spinarum	24	»
» Cristarum	25,5	»
» Tuberum	10,5	»
Conj. Vera	9,5	»

Diagnose: Algemeen vernauwd bekken.

Bij de vorige partus heeft pat. eclampsie gehad.

11 Oct. wordt pat. opgenomen. Hoewel de schedel nog net in den bekkeningang te drukken is, wordt besloten nog geen eivliessteek te te doen. Urine bevat geen albumen.

24 Oct. 10 u. 30 P.M. komt pat. in partu.

25 Oct. 12 u. 5 A.M. Volkomen ontsluiting, vliezen gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel links dwars. 4 cM. boven de symphysis is een contractiering zicht- en voelbaar.

Te 1 u. 10 A.M. staat de contractiering iets hooger. Besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting, de rechterlepel rechts vóór, de linker links achter. De kleine fontanel wordt volgens Lange naar voren gedraaid en de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat hierbij een kleine ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2960 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen 's avonds na het verwijderen der hechtingen op 1 Nov. 39°.

121. J. v. d. B., 1903, N°. 1, I-para, 26 jaar, komt 4 Januari 3 u. P.M. in partu.

9 u. P.M. Volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel links dwars, iets naar voren.

11 u. 15 P.M. Daar de baring nog niets verder is gekomen, wordt overgegaan tot forcipale extractie.

De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting, en de kleine fontanel naar voren gedraaid volgens Lange. Daarna volgt de extractie. Een dubbelzijdige episiotomie wordt verricht, maar toch ontstaat er een perineaal ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3750 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

122. H. d. G., 1903, N°. 61, VII-para, 35 jaar.

De kinderen zijn alle zonder kunsthulp geboren.

16 Febr. komt de vrouw in partu.

18 Febr. 9 u. P.M. De vliezen zijn gebroken, er is 7 cM. ontslui-

ting, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

Te 11 u. 40 wordt besloten tot forcipale extractie, daar de baring niet opschiet. Eerst wordt een dubbelzijdige episiotomie verricht. Dan wordt de tang aangelegd in de linker schuine en de schedel volgens Lange geroteerd, totdat de kleine fontanel vóór staat. Daarna volgt de extractie, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch, het is 53 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

123. J. H. J. H., 1903, N°. 70, II-para, 24 jaar.

Het eerste kind werd zonder kunsthulp geboren.

24 Februari 4 u. A.M. komt de vrouw in partu.

3 u. P.M. De vliezen breken; er is 8 à 9 cM. ontsluiting, de schedel is met een klein segment ingedaald en wordt volgens de methode van Hofmeier door den bekkeningang geduwd.

5 u. P.M. Er is volkomen ontsluiting; de schedel staat op den bekkenbodem met de kleine fontanel links dwars. Wegens hoogstaande contractiering wordt besloten tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd met de rechterlepel vóór, en de linker achter, en de schedel, na rotatie volgens Lange, geëxtraheerd. Na verwijdering der placenta vloeit pat. sterk; de uterus wordt getamponneerd.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3500 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

124. S. A. L., 1903, N°. 73, I-para, 25 jaar, wordt 24 Febr. 4 u. A.M. op de verloskamer gebracht met diagnose Eclampsia. Urine bevat veel eiwit.

4 u. 5 A.M. 1e aanval. 20 mgr. morphine en 500 Cc. phys. zoutsol.
4 u. 35 » 2e » Er is 2 cM. ontsluiting, de schedel is met een segment ingedaald.
5 u. 15 A.M. 3e aanval. 20 mgr. morphine.
7 u. 15 » 4e » 20 » » en 750 Cc. phys. zoutsol.
4 u. 45 P.M. 5e » 20 » »
6 u. » 6e » 10 » »

25 Febr. 10 u. A.M. Pat. heeft geen aanval meer gehad. Daar de rectaal temperatuur 38,°3 bedraagt, wordt besloten tot forcipale extractie. De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is volkomen, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel links dwars. De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting; de rechter lepel wordt het eerst ingebracht rechts vóór, dan de linker lepel links achter. De

schedel wordt nu volgens Lange geroteerd met de kleine fontanel naar voren en vervolgens geëxtraheerd, waarna het kind verder ontwikkeld wordt. Er ontstaat geen ruptura perinei. De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3400 gr., is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten; er is wel een groot caput succedaneum.

De vrouw heeft geen eclamptische aanvallen meer gehad. 17 Maart bevat de urine geen albumen en blijft verder eiwitvrij.

De 4 eerste dagen p.p. is er eenige temperatuursverhooping.

21 Maart wordt pat. ontslagen.

125. E. v. D., 1903, N°. 206, I-para, 33 jaar.

Van bekkenmaten zijn alleen bekend:

Dist. Spinarum 22 cM.
» Cristarum 25 »
» Tuberum 9,5 »

16 Mei 9 u. P.M. wordt de vrouw op de verloskamer gebracht. De schedel is diep ingedaald.

17 Mei 7 u. 25 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

9 u. 5 A.M. De tang wordt aangelegd met de rechterlepel vóór, en de linker achter. Na rotatie volgens Lange, totdat de kleine fontanel vóór staat, volgt de extractie, waarbij een perineaal ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 2580 gr., is 49 cM. lang en heeft kleine schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

126. S. H., 1903, N°. 430, X-para, 38 jaar.

Alle 9 kinderen zijn zonder kunsthulp geboren.

30 Oct. 4 u. A.M. komt de vrouw in partu.

9 u. 45 P.M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars. Wegens de lange duur van de baring (?) en het afloopen van meconium wordt de tang aangelegd in de linker schuine afmeting. Na rotatie volgens Lange volgt de extractie.

Het kind is licht asphyctisch en is spoedig bij. Het weegt 3400 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

127. C. P., 1896, N°. 319, I-para, 31 jaar, komt den 31 Juli

10 u. A.M. in partu; in den loop van den dag krijgt zij zes maal een toeval, en wordt daarom 's avonds naar de kraaminrichting gebracht. Hier vindt men ontsluiting van 1½ cM., staande vliezen, schedel gedeeltelijk ingedaald, vaststaande met pijlnaad dwars; foetale harttonen onregelmatig, 116. Pat. is impos mentis, heeft sterke oedemen en een pols van 110 slagen. Morphine-injectie 20 mgr.

1 Aug. 1 u. A.M. 1e aanval, duurt ± 1 min., pat. zeer cyanotisch; pat. krijgt lichte chloroformnarcose.

3 u. A.M. lichte trekkingen. 20 mgr. morphine.

5 u. » 2e aanval. Chloroform.

7.30 » 3e » »

8.30 » 4e » »

10,45 » hypodermatoclyse 500 Cc. gesteriliseerde zoutsolutie en 10 mgr. morphine.

11.30 » 5e aanval, zeer heftig. Chloroform.

12 u. » Ontsluiting 3 cM.

2 » P.M. 6e aanval. Pat. wordt in chloroformnarcose gehouden.

2.30 » gedurende een hoestbeweging breken de vliezen. Ontsluiting 6 cM. De groote fontanel staat links voor, kleine fontanel rechts achter, pijlnaad bijna dwars.

3 u. P.M. Partus wordt forcipaal getermineerd. Tang wordt aangelegd in de 2e schuine, eerst de linker, dan de rechterlepel en de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel naar voren gedraaid is. Verdere extractie geschiedt zonder moeilijkheden. Er ontstaat een perineaal ruptuur tot aan den anus, die met 5 hechtingen gehecht wordt. Kind is asphyctisch, doch wordt bijgebracht. Weegt 2800 gr., is lang 45 cM.; normale schedelmaten.

19 Aug. wordt pat. ontslagen.

128. B. K., 1896, N°. 345, II-para, 25 jaar.

Haar eerste kind is zonder kunsthulp geboren in 1892.

22 Aug. 8 u. P.M. beginnen de weeën. Den 23 Aug. 8 u. A.M. bij het komen van pat. op de verloskamer wordt gevonden:

Omvang buik	101	cM.
» bekken	99	»
Dist. Spinarum	23	»
» Cristarum	28	»
» Tuberum	6 + 1½	» dus bekkenuitgangsvernauwing.

De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is volkomen, terwijl de schedel op de bekkeningang staat, met de kleine fontanel rechts dwars. De weeën zijn zeer zwak, terwijl pat. over voortdurende pijn in de buik klaagt.

23 Aug. 12.30 P.M. Weeën zijn zeer zwak, schedel staat onbewegelijk met een segment in den bekkeningang. Daar te 1 u. 30 P.M. de toestand nog hetzelfde is, wordt besloten tot forcipale extractie. Eerst wordt de schedel door uitwendigen druk, volgens de methode van Hofmeier, dieper in het bekken gedrukt. Bij het touché wordt gevonden, dat de kleine fontanel rechts dwars, ietwat naar voren staat. De linkerlepel wordt, als vóórliggende, het eerst ingebracht van onder uit, en daarna de rechterlepel, zóódat de tang te liggen komt tusschen de rechter en 1e schuine afmeting; na proeftractie, wordt schedel geroteerd totdat de kleine fontanel in de rechte afmeting staat, en daarna de schedel geëxtraheerd, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat. Het kind wordt verder gemakkelijk geëxtraheerd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3750 gr. en is 50 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	39	cM.
Middelb. » » » »	36	»
Kleine » » » »	33	»
Diam. Fronto-occip.	13	»
» Mento- »	14,5	»
» Suboccip-bregmat.	9	»

Puerperium verloopt ongestoord.

129. M. B., 1896, N°. 347, I-para, 22 jaar, komt den 23 Aug. 7 u. A.M. in partu. Bij inwendig onderzoek op 24 Aug. 3.30 P.M., blijkt, dat de vliezen gebroken zijn, de ontsluiting volkomen is, de schedel geheel ingedaald met dwars verloopende pijlnaad en de kleine fontanel rechts.

Omtrek bekken	85	cM.
Dist. Spinarum	24	»
» Cristarum	27	»
» Tuberum	7 + 1½	»

Daar er dus bekkenuitgangsvernauwing bestaat, de weeën zwak zijn en er achterhoofdsligging is met diepen dwarsstand, wordt de baring forcipaal getermineerd. De linkerlepel word eerst ingebracht van onder uit, daarna de rechter, en na proeftractie de schedel geroteerd tot kleine fontanel in de rechte afmeting staat, en de schedel geëxtraheerd. Het kind wordt dan verder zonder moeite uitgehaald. Er ontstaat geen perineaal ruptuur. Het kind is niet asphyctisch, weegt 3450 gr., heeft normale lengte en schedelmaten.

Puerperium is ongestoord.

130. D. S., 1896, N°. 408, I-para, 32 jaar, komt 2 Oct. 5 u. P.M. in partu. Om 9 u. P.M. is de ontsluiting volkomen en worden de vliezen manueel gebroken. De schedel staat in de bekkennauwte,

met nagenoeg dwars verloopende pijlnaad, de kleine fontanel rechts, de groote fontanel links.

Daar te 12 u. de toestand nog hetzelfde is, ondanks de krachtige weeën, wordt de baring forcipaal getermineerd. De linkerlepel wordt links vóór ingebracht, daarna de rechter rechts achter, en na proeftractie de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel in de rechte afmeting staat en daarna de schedel geëxtraheerd, waarbij een ruptura perinei tot aan den anus ontstaat.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 2750 gr., is 49 cM. lang; normale schedelmaten.

Puerperium verloopt ongestoord.

131. P. A., 1897 N°. 20 I-para, 22 jaar, komt den 13^{en} Jan. 10 u. P.M. in partu.

14 Jan. 10 u. 30 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

5 u. 30 P.M. Daar de toestand nog hetzelfde is, wordt de forceps aangelegd in de rechter of 1^{e} schuine afmeting en kind geëxtraheerd. Geen perineaal ruptuur.

Kind is licht asphyctisch, maar wordt spoedig bijgebracht.

Het weegt 3500 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord, behoudens geringe temperatuursverhooging van 5^{e}—9^{e} dag.

132. B. M., 1897 N°. 22, I-para, 20 jaar, komt den 15^{en} Jan, in partu.

16 Jan. 3 u. P.M. De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is volkomen, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel het diepst en rechts vóór.

8 u. P.M. Daar de baring niets gevorderd is, wordt de tang aangelegd in de 1^{e} schuine en het kind geëxtraheerd. Geen ruptura perinei.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 2750 gr., is 44 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt ongestoord.

133. A. M. H., 1897 N°. 157, I-para, 35 jaar.

De weeën begonnen 4 Mei 12.30 P.M., onmiddellijk nadat het water was afgeloopen. Tot aan den 9^{en} Mei heeft ze regelmatig weeën gehad; toen kreeg ze plotseling heftige pijn in de buik en temperatuursverhooging, reden waarom zij 11 Mei in de kraaminrichting wordt opgenomen.

11 Mei 4 u. 30 P.M. De buik is matig gespannen; er is duidelijk

een contractiering te voelen, halverwege navel en symphysis; de rug van het kind ligt links; de schedel is met een segment ingedaald. Bij inwendig onderzoek vindt men gebroken vliezen, een ontsluiting van ± 8 cM., de schedel met een groot segment ingedaald met dwars verloopenden pijlnaad en de kleine fontanel het diepst, rechts. De bekkenmaten zijn normaal. Temp. 39,1°. Pols 140. Urine bevat geen albumen.

Op grond van de verhoogde temp., de frequente pols en voelbare contractiering wordt besloten de baring te termineeren per forcipem.

Eerst wordt de linkerlepel van onderen uit ingebracht, zoodat hij links-vóór komt te liggen; daarna de rechterlepel van boven uit naar rechts achter. Na proeftractie wordt getracht de schedel spontaan te laten draaien, hetgeen niet gelukt. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd, maar nu de linkerlepel geheel vóór, de rechter achter. Daarna wordt met de handvatsels een boog beschreven van rechts naar links (van de pat.) zoodat de kleine fontanel in de rechte afmeting onder de symphysis komt. De extractie levert verder geen moeilijkheden op. Er ontstaat een perineaal ruptuur tot aan den anus.

Nadat deze gehecht is krijgt pat. plotseling een heftige bloeding. Vruchteloos wordt getracht de placenta met de handgreep van Credé te verwijderen. In narcose wordt de placenta manueel verwijderd en de uterus getamponneerd met jodoformgaas. Pat. is zeer anaemisch, terwijl de radiaalpols bijna niet meer te voelen is. Pat. krijgt 1 ergotine-, 5 kamfer-aether- en 3 kamfer-olie-injecties, benevens hypodermatoclyse van ½ L. physiologische zoutsolutie, en wordt ze in een verwarmd bed gebracht. Pas na 3 uur is de pols weer goed voelbaar.

Het kind is diep asphyctisch en komt pas na 1½ uur bij. Het weegt 3600 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Kraambed verloopt met temperatuursverhooging tot 24 Mei. Den 31^en^ Mei wordt pat. ontslagen.

134. A. M. J., 1897 N°. 189, VI-para, 33 jaar.

De vorige kinderen zijn zonder kunsthulp geboren.

De weeën zijn 29 Mei begonnen. Als pat. 31 Mei 12 u. N. op de verloskamer komt, blijkt, dat er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken (het afgeloopen vruchtwater stonk erg), de schedel is ingedaald met de kleine fontanel rechts-dwars, het diepst. Temp. 38,9°, pols 140 slagen. Weeën zijn zeer zwak.

De hooge temp. is hier voornamelijk de reden, dat besloten wordt de baring forcipaal te termineeren. De tang wordt aangelegd en de kleine fontanel naar voren gedraaid. De tang wordt afgenomen en nu dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de rest van het kind snel volgt.

Het kind is asphyctisch, maar komt spoedig bij; het weegt 3500 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, zonder temperatuursverhooging.

135. M. M., 1897 N°. 202, I-para, 25 jaar, komt 11 Juni 2 u. P.M. in partu. Te 10 u. 45 P.M. zijn de vliezen gebroken, is er volkomen ontsluiting en is de schedel geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór.

12 u. 45 P.M. De toestand is hetzelfde, alleen staat de kleine fontanel nu rechts vóór. De tang wordt aangelegd in de rechter schuine en de schedel geëxtraheerd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3800 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging van af den 5^{en} dag totdat pat. 9 Juli vertrekt.

136. J. H. M., 1897 N°. 349, I-para, 30 jaar, komt 7 Oct. in partu. 9 Oct. wordt zij op de verloskamer gebracht met diagnose: Eclampsia durante partu, daar zij thuis 2 aanvallen heeft gehad. In de kliniek blijkt, dat zij is licht verward en dat zij heeft geringe trillingen in armen en handen. Urine bevat eiwit. Foetale harttonen zijn niet te hooren. Er is een duidelijke contractiering handbreed onder de navel.

De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Volgens den huismedicus van pat. was de schedel reeds gedurende 3 uur volkomen ingedaald. Op grond daarvan, als ook met het oog op de contractiering, wordt besloten de baring forcipaal te termineeren. De tang wordt aangelegd in de rechter schuine en de kleine fontanel onder de symphysis gedraaid, waarna de extractie zonder moeite volgt. Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is dood.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 27 October wordt pat. ontslagen.

137. D. B., 1897 N°. 386, I-para, 19 jaar, komt 9 Nov. 12 u. 30 A.M. in partu; om 10 u. 15 breken de vliezen.

Te 1 u. P.M. is er volkomen ontsluiting, de schedel staat bijna op den bekkenbodem met de kleine fontanel het diepst, rechts-dwars. De foetale harttonen zijn regelmatig.

Te 5 u. 45 P.M. is de toestand nog hetzelfde, maar de weeën zijn zeer zwak geworden, terwijl de harttonen frequenter zijn, 160 per minuut.

Daarom wordt de tang aangelegd, de linkerlepel voor, de rechter achter en de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de

symphysis is, waarna de extractie volgt. Er ontstaat hierbij een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3750 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

138. L. S., 1898 N°. 431, VI-para, 33 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad; bekkenmaten zijn niet opgenomen.

14 Dec. 9 u. P.M. De weeën beginnen.

15 Dec. 8 u. P.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel rechts-dwars.

Te 9 u. 30 wordt de baring forcipaal getermineerd, daar de weeën geheel uitblijven. Eerst wordt de linker lepel links vóór ingebracht, daarna de rechter lepel rechts achter. De schedel wordt geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, en daarna geëxtraheerd.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij. Het weegt 3800 gr. en is 50 cM. lang.

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

139. J. H. M., 1899 N°. 262, II-para, 32 jaar, wordt 11 Juli 7 u. A.M. in de verloskamer gebracht, omdat haar medicus volkomen ontsluiting, gebroken vliezen en voorste wandbeensligging vindende, de tang had aangelegd en pat. hierbij een eclamptischen aanval kreeg. De extractie was mislukt.

Bij onderzoek op de verloskamer wordt gevonden: volkomen ontsluiting, gebroken vliezen, schedel vaststaande in den bekkeningang; de pijlnaad verloopt van rechts achter naar links vóór; de kleine fontanel rechts achter, staat dieper dan de groote, die links vóór staat.

Te 10 u. 15 A.M. krijgt pat. een aanval; eerst tonische, daarna clonische krampen in alle extremiteiten en lichtere trekkingen in de gelaatsspieren. Het gezicht is cyanotisch; de pupillen zijn nauw en reageeren niet. De aanval duurt 5 minuten. Pat. krijgt subcutane injectie van 20 m.gr. morphine.

Te 11 u. A.M. wordt de partus forcipaal getermineerd. De pijlnaad staat nu dwars met de kleine fontanel rechts het diepst. De linkerlepel wordt het eerst vóór, daarna de rechterlepel achter gebracht en de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de extractie volgt. Er ontstaat hierbij een kleine perineaalruptuur.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3820 gr. en is 54 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	40	cM.
Middelb.	»	»	»	»	37	»
Kleine	»	»	»	»	32	»

Diam.	fronto-occip.	12	cM.
»	mento- »	15 3/4	»
»	suboccip.-bregmat	11	»
»	» -frontal.	12	»
»	biparietalis	10	»

Het kraambed verloopt met geringe temperatuursverhooging.

Het eiwit verdwijnt spoedig uit de urine en 27 Juli wordt pat. ontslagen.

140. H. d. M., 1899 N°. 330, I-para, 35 jaar, komt 31 Aug. in partu. 2 Sept. 9 u. 15 A.M. De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is volkomen, de voorlip is een weinig oedemateus; de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars.

11 u. 30 A.M. Daar de toestand nog hetzelfde is, wordt de baring forcipaal getermineerd. De linkerlepel wordt het eerst ingebracht van uit de rechter liesplooi en daarna gebasculeerd om de inwendige vingers, totdat hij vóór ligt; daarna wordt de rechterlepel ingebracht; de schedel wordt nu geroteerd, totdat de kleine fontanel naar voren staat en gedeeltelijk geëxtraheerd, waarna de schedel verder met de handgreep van Ritgen geboren wordt. Er ontstaat een kleine perineaalruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is dood bij de geboorte, hoewel om 11 u. A.M. de foetale harttonen nog goed waren.

Het kraambed verloopt met eenige temperatuursverhooging.

141. H. M. S., 1899. N°. 406, IX-para, 37 jaar.

De vorige kinderen zijn allen zonder kunsthulp geboren.

Pat. wordt 10 Nov. 7 u. P.M. op de verloskamer gebracht, daar zij 's middags plotseling hevig was gaan vloeien. Er is een ontsluiting van ± 3 cM., de portio is verstreken; terzijde van het ostium komt men op de placenta, die lateraal is geïnsereerd. De vliezen worden kunstmatig gebroken. De urine, per catheter ontlast, bevat vrij veel albumen.

11 Nov. 2 u. P.M. Ontsluiting ± 7 cM. De schedel is met een klein segment ingedaald; de kleine fontanel staat rechts vóór.

12 Nov. 3 u. 30 P.M. De ontsluiting is nog niet volkomen, de schedel is met een groot segment ingedaald, de kleine fontanel rechts vóór. De foetale harttonen zijn goed. Besloten wordt den partus te termineeren. De tang wordt 3 maal in de rechter schuine afmeting aangelegd en 1 maal dwars, doch telkens glijdt de tang af. De schedel wordt nu met de hand een weinig gedraaid, zoodat de kleine fontanel meer naar voren komt. De tang wordt nu weer in de rechter schuine aangelegd en gelukt het, den schedel te extraheeren. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Het kind is dood. Het weegt 3600 gr., is 57 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 17 Dec. wordt pat. ontslagen; de urine bevat geen eiwit meer.

142. C. J., 1900. N°. 41, I-para, 20 jaar, komt 30 Januari 6 u. P.M. in partu.

31 Jan. 4 u. 30 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel rechts vóór, bijna dwars. De foetale harttonen, die in den beginne goed waren, zijn in het laatste half uur zeer onregelmatig en zwak geworden; vandaar, dat besloten wordt tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd in de rechter schuine afmeting en de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de extractie volgt. Er ontstaat een perineaal ruptuur tot aan den anus, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, maar komt spoedig bij. Het weegt 2750 gr., is 46 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

143. J. S., 1900. N°. 171, I-para, 41 jaar.

Omtrek bekken	98 cM.
Dist. Spinarum	$26\frac{1}{4}$ »
» Cristarum	$27\frac{1}{4}$ »
» Tuberum	$9 + 11\frac{1}{2}$ »
Conj. Vera	$9\frac{3}{4}$ »

Diagn. Plat vernauwd niet Rachitisch bekken.

17 Mei komt de vrouw in partu.

18 Mei, 9 u. 30 A.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is voor de helft ingedaald met dwars verloopende pijlnaad en kleine fontanel rechts. De harttonen, die om 8 u. A.M. nog goed en regelmatig waren, zijn niet meer te hooren; er wordt besloten tot forcipale extractie. De linker lepel wordt het eerst vóór ingebracht, daarna de rechter achter, en de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel vóór is. Daarna volgt gemakkelijk de extractie, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus ontstaat.

Het kind wordt dood geboren. Het heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

144. C. G., 1900. N°. 263, I-para, 23 jaar, komt 2 Aug. 1 u. A.M. in partu.

10 u. 15 P.M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen worden manueel gebroken. De schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars, iets naar voren.

11 u. 45 P.M. Daar de baring niets gevorderd is, wordt zij forci-

paal getermineerd. Daar het niet gelukt de tang direct in de rechter schuine te brengen, wordt eerst de linker lepel dwars ingevoerd en daarna gebasculeerd tot hij links vóór ligt; de rechterlepel wordt rechts achter ingebracht. Daarna wordt de schedel geroteerd tot de kleine fontanel vóór staat, en de verdere extractie verricht, waarbij een kleine ruptura perinei ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3800 gr. en is 56 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	40	cM.
Middelb. » » » »	37	»
Kleine » » » »	32	»
Diam. fronto-occip.	14	»
» mento- »	15	»
» suboccip.-bregmat.	10	»
» » -frontal.	12,5	»

Het kraambed verloopt met een zeer lichte temperatuursverhooging.

145. M. H., 1900. N°. 296, I-para, 23 jaar, komt 31 Aug. in partu. 3 Sept. 7 u. P.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken; de schedel is ingedaald met dwars verloopende pijlnaad, de beide fontanellen staan even diep, de kleine rechts dwars.

9 u P.M. Daar de toestand hetzelfde is, wordt besloten tot forcipale extractie. De kleine fontanel staat nu het diepst. De tang wordt aangelegd met de linkerlepel vóór, en de rechter achter. De schedel wordt geroteerd met de kleine fontanel naar voren, en daarna geëxtraheerd. Er ontstaat een perineaal ruptuur, ondanks dubbelzijdige episiotomie.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 4050 gr. en is 52 cM. lang. Het heeft een rechtszijdige facialisparalyse.

Groote omtrek van het hoofd	42	cM.
Middelb. » » » »	39,5	»
Kleine » » » »	32	»
Diam. fronto-occip.	13,5	»
» mento- »	15,5	»
» suboccip-bregmat.	10	»
» » -frontal.	12	»
» biparietalis	10	»
» bitemporalis	9,5	»

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

146. H. J., 1900. N°. 310, I-para, 35 jaar, komt 12 Sept. 1 u. P.M. in partu. Te 10 u. 30 P.M. is er volkomen ontsluiting, de

vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

Daar 13 Sept. 3 u. A.M. de baring nog niets gevorderd is, wordt zij forcipaal getermineerd. De linkerlepel wordt links vóór, de rechter rechts achter aangelegd, de schedel wordt dan geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat. Daarna volgt de extractie, waarbij een kleine perineaal ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is een weinig asphyctisch, het weegt 3450 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

147. P. B., 1901. N°. 4, V-para, 30 jaar.

De 3 eerste kinderen zijn spontaan geboren, het 4e na versie en exractie wegens placenta praevia.

2 Jan. 1 u. P.M. komt de vrouw in partu. 3 Jan. 10 u. A.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen staan, de schedel is bijna geheel ingedaald, met de kleine fontanel rechts vóór, bijna dwars.

Te 3 u. 30 P.M. worden de vliezen manueel gebroken.

Te 7 u. P.M. worden de foetale harttonen zeer onregelmatig, waarom de baring forcipaal getermineerd wordt. De tang wordt aangelegd in de rechter schuine afmeting; de schedel wordt geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat en daarna geëxtraheerd.

Het kind is licht asphyctisch; het weegt 3650 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen de 1e dag p.p. temperatuursverhooging tot 38,5°.

148. E. J. M., 1901. N°. 98, VIII-para, 38 jaar.

Alle kinderen zijn spontaan geboren.

25 Maart 10 u. A.M. wordt pat. in de kliniek gebracht met diagnose Voorhoofdsligging. Deze diagnose wordt bij onderzoek bevestigd. De schedel is diep ingedaald, maar nog zeer bewegelijk, zoodat het weinig moeite kost van de voorhoofds- een achterhoofdsligging te maken. De kleine fontanel staat hierna rechts dwars, iets naar voren. De tang wordt aangelegd met de linkerlepel links vóór, de rechterlepel rechts achter; daarna wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel vóór staat en dan geëxtraheerd. Er ontstaat geen ruptuur. De placenta wordt volgens de methode van Credé verwijderd en de uterus getamponneerd, daar pat. hevig vloeit.

Het kind is niet asphyctisch; het weegt 4480 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; van af de 4e dag p.p. lichte temperatuursverhooging, tot 37.5°.

149. H. v. L., 1901. N°. 127, III-para, 33 jaar.

De beide vorige partus zijn forcipaal getermineerd.

14 April 3 u. A.M. komt de vrouw in partu. Te 10 u. u A.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken; de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór.

Daar de weeën in het laatste uur geheel zijn uitgebleven, wordt te 11.15 A.M. de tang in de rechter schuine aangelegd en de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3140 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

150. M. S., 1901. N°. 291, I-para, 30 jaar, komt 7 Aug. 8 u. P.M. in partu. 8 Aug. 3 u. P.M. is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars.

Te 5 u. P.M. is de toestand nog onveranderd en wordt besloten tot forcipale extractie. De tang wordt aangelegd met de linkerlepel vóór, en de rechter achter; daarna wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel vóór staat en dan geëxtraheerd. De verdere ontwikkeling van het kind volgt gemakkelijk. Er ontstaat geen perineaal ruptuur, dank zij een dubbelzijdige episiotomie.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3160 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen heeft pat. van de 6e—8e dag p.p. eenige temperatuursverhooging.

151. C. H. S., 1901 N°. 411, multipara, VIII-gravida, 31 jaar, wordt 6 November te 9 u. 30 P.M. op de verlöskamer gebracht wegens Eclampsie. Er is 4 cM. ontsluiting, de vliezen staan, de schedel is voor een groot deel ingedaald. De foetale harttonen zijn goed.

Het ost. uteri wordt volgens Bonnaire—Van Oordt verwijd, de vliezen worden gebroken; de kleine fontanel staat rechts-dwars. De linkerlepel wordt het eerst en wel vóór ingebracht, dan de rechterlepel achter. Na proeftractie wordt de schedel geroteerd met de kleine fontanel naar voren en vervolgens geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind volgt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 18 Januari 1902 wordt pat. ontslagen.

152. M. E., 1902 N°. 179, I-para, 23 jaar.

Van af de Vertebra prominens heeft pat. een lordose van de wervel-

kolom, die ter hoogte van de 8e borstwervel overgaat in een arcuaire kyphose met lichte scoliotische buiging naar rechts. Van achteren gezien, staan de beide darmbeenkammen even hoog; rechts kan men de duim tusschen ribbenboog en crista brengen, links de pink. De armen hangen sterk naar achteren. De normale ronding der nates is verdwenen.

Omtrek bekken 85 cM.
Dist. Spinarum 26 »
» Cristarum 28,5 »
» Trochant. 29 »
» Tuberum 8$^3/_4$ » , die in steensnedeligging tot 9$^1/_2$ cM. kan gebracht worden.

Rechte afmeting van de bekkenuitgang 9$^1/_2$ cM.

19 Mei 10 u. 30 A.M. komt de vrouw in partu. De weeën zijn zeer zwak en blijven dat.

21 Mei 's nachts zijn de vliezen gebroken, er is ± 4 cM. ontsluiting, de schedel is met een segment ingedaald.

21 Mei 8 u. P.M. Pat. heeft voortdurend hevige pijn, ook tusschen de weeën. Van een contractiering is niets te bespeuren. Er is ± 5 cM. ontsluiting, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars, iets naar voren.

Daar een contractiering vermoed wordt, wordt het ostium uteri volgens Bonnaire—v. Oordt verwijd tot volkomen ontsluiting, de tang aangelegd in de rechter schuine afmeting en volgens Lange de kleine fontanel naar voren gedraaid, waarna de extractie met veel moeite volgt. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het heeft een facialis paralyse, die spoedig weer verdwijnt. Het weegt 3900 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

153. M. v. B., 1903 N°. 66, II-para, 32 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd.

21 Februari 9 u. P.M. komt de vrouw in partu.

22 Februari 10 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars.

Daar de baring in 3 uur niets verder is gekomen wordt zij forcipaal getermineerd, Eerst wordt de linkerlepel vóór aangelegd, dan de rechter-achter. Na rotatie volgens Lange, volgt de extractie, waarbij een perineaal-ruptuur ontstaat, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3100 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

154. J. v. B., 1903 N°. 67, II-para, 32 jaar.

Het eerste kind werd spontaan geboren.

23 Febr. 2 u. A.M. komt de vrouw in partu.

10.15 P.M. De vrouw laat het onderzoek niet toe. Zij wordt nu in narcose gebracht. Men vindt volkomen ontsluiting, gebroken vliezen, de schedel staande op den bekkenbodem met de kleine fontanel rechts dwars.

Met het oog op de slechte toestand van de pulmones, wordt besloten de narcose zoo kort mogelijk te laten duren en de baring te termineeren. De tang wordt aangelegd in de rechter schuine afmeting, en na rotatie volgens Lange, de extractie verricht. Er ontstaat hierbij een perineaalruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3720 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

155. C. J. H., 1903 N°. 77, I-para, 19 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Omtrek bekken	83	cM.
Dist. Spinarum	27	»
» Cristarum	26,5	»
» Tuberum	11,5	»
Conj. Vera	9,5	»

Promontorium is gemakkelijk te bereiken.

19 Febr. komt de vrouw in partu.

23 Febr. wordt zij op de verloskamer gebracht, wegens hoogstaande contractiering, ongeveer 4 vingerbreedten onder de navel. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is diep ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars. Foetale harttonen zijn niet meer te hooren.

Daar de mogelijkheid niet is uitgesloten, dat het kind nog leeft, wordt forcipale extractie boven perforatie verkozen.

De tang wordt aangelegd met de linkerlepel vóór, de rechter- achter; de kleine fontanel wordt naar voren gedraaid, waarna de verdere extractie volgt; er ontstaat hierbij een ruptura perinei, die gehecht wordt.

Het kind is dood. Het heeft kleine schedelmaten.

In het puerperium bevat de urine veel eiwit; na 17 Maart echter niet meer.

Het kraambed verloopt verder met lichte temperatuursverhooging.

29 Maart wordt pat. ontslagen.

156. C. M. H., 1903 N°. 269, I-para, 40 jaar, wordt 21 Juni 1 u. P.M. op de verloskamer gebracht wegens Eclampsie.

Van af 4 u. A.M. heeft ze 7 aanvallen gehad. Pat. is niet compos mentis. De urine bevat veel albumen. Er is ± 3 cM. ontsluiting, de schedel is met een segment ingedaald. De foetale harttonen zijn goed.

Te 10 u. P.M. is er 4 cM. ontsluiting. De foetale harttonen worden zeer zwak en onregelmatig. Besloten wordt tot termineeren van de baring. Nadat het ostium uteri volgens Bonnaire—v. Oordt verwijd is tot volkomen ontsluiting, worden de vliezen gebroken en de tang aangelegd in de rechter schuine afmeting, daar de schedel bijna geheel was ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Na rotatie volgens Lange volgt de extractie. De placenta wordt volgens Credé verwijderd en daarna de uterus getamponneerd. Er is geen perineaalruptuur ontstaan.

Het kind is dood.

Pat. heeft geen aanval meer gehad. Urine blijft eiwithoudend. 6 Aug. wordt pat. ontslagen.

157. M. W., 1903 N°. 362, I-para, 38 jaar, komt 7 Sept. in partu. 9 Sept. 12 u. 30 is er volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór, bijna dwars.

Te 3 u. 55 is de toestand nog hetzelfde en wordt de baring forcipaal getermineerd. De tang wordt in de rechter schuine afmeting aangelegd en na rotatie volgens Lange, volgt de extractie. Er is een dubbelzijdige episiotomie gemaakt; toch ontstaat een kleine perineaalruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 2650 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

158. C. C. M., 1903, No. 366, VIII-para, 36 jaar.

Het 1e, 5e en 6e kind werden spontaan geboren, het 2e, 3e, 4e en 7e werden forcipaal geëxtraheerd.

12 Sept. 6 u. 30 P.M. beginnen de weeën.

10 u. 15 P.M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts dwars.

11 u. 15 P.M. Omdat de partus in één uur niets verder komt, ondanks krachtige en frequente weeën, en omdat de foetale harttonen zeer frequent worden, wordt de baring forcipaal getermineerd.

De linker lepel wordt het eerst vóór ingebracht, daarna de rechter lepel achter. De schedel wordt gedraaid totdat de kleine fontanel vóór is en dan geëxtraheerd. Daarna volgt de verdere ontwikkeling van het kind.

Daar de fundus uteri zeer hoog staat en de uterus, ondanks wrijven, slap blijft, wordt de placenta manueel verwijderd en de uterus getamponneerd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3650 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

159. C. D., 1903 N°. 402, I-para, 20 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Omtrek bekken 89 cM.
Dist. Spinarum 27 1/2 »
» Cristarum 28 1/4 »
» Tuberum 12 »
Conj. Vera 10 »

3 Oct. Het gelukt niet meer den schedel volgens Osborne in het bekken te drukken. De eivliessteek wordt verricht.

5 Oct. De weeën beginnen.

6 Oct. 9 u. P.M. De vliezen zijn gebroken, er is 8 c.M. ontsluiting, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts vóór. Handbreed boven de symphysis is een contractiering duidelijk te voelen.

Daar te 9 u. 45 P.M. de contractiering hooger is gaan staan, wordt de tang aangelegd in de rechter schuine afmeting, de schedel volgens Lange met de kleine fontanel naar voren gedraaid en vervolgens geëxtraheerd.

De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3040 gr., is 54 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

160. A. M. v. B., 1903 N°. 409, I-para, 23 jaar, heeft Rachitis gehad.

Omtrek bekken 99 cM.
Dist. Spinarum 30,5 »
» Cristarum 33,5 »
» Tuberum 9,5 »

Wijd bekken met uitgangsvernauwing.

De vrouw komt 13 Oct. in partu.

Te 1 u. 10 P.M. zijn de vliezen gebroken; er is volkomen ontsluiting, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

Daar de schedel te 7 u. 15 P.M. nog niets dieper is gekomen, wordt de tang aangelegd, met de rechterlepel vóór, de linker achter. De schedel wordt geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de verdere extractie volgt. Er ontstaat een perineaalruptuur, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3500 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een lichte temperatuursverhooging.

b. Kruinligging met volkomen ingedaalden schedel en dwarsverloopenden pijlnaad.

Deze ligging kwam 5 maal voor; in 3 gevallen stond de kleine fontanel rechts dwars, in 2 gevallen links dwars. De tang werd steeds aangelegd met de voorste lepel het eerst, terwijl ook steeds de groote fontanel onder de symphysis werd gebracht

Bij de 3 primiparae ontstond een perineaal ruptuur, bij de 2 multiparae niet.

161. J. E. R., 1897. N°. 231, I-para, 17 jaar, komt 6 Juli 9 u. P.M. in partu.

7 Juli 7 u. A.M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel geheel ingedaald met de groote fontanel het diepst en wel links achter.

10 u. A.M. Bij de weeën komt er nog al veel bloed uit de vulva en wordt gedacht aan vroegtijdige loslating der placenta, een moment te meer voor de forcipale termineering van den partus, die toch al geïndiceerd was, omdat de schedel reeds 3 uur lang geheel was ingedaald bij volkomen ontsluiting en gebroken vliezen. De groote fontanel is iets meer naar voren gedraaid en staat nu links dwars.

De rechterlepel wordt het eerst vóór ingebracht van onder uit, daarna de linkerlepel achter, van boven uit; na sluiting van de tang en proeftractie wordt de schedel geroteerd tot de groote fontanel vóór ligt en de schedel geëxtraheerd totdat de glabella onder de arcus pubis is en nu met de handvatsels een boog beschreven naar de buik der vrouw toe, waardoor de schedel geboren wordt. De verdere ontwikkeling van het kind gaat gemakkelijk. Bij de extractie ontstaat een perineaal ruptuur tot aan den anus. De placenta wordt onmiddellijk volgens de methode van Credé verwijderd; de vliezen worden manueel uit den uterus gehaald, daar zij reeds van de placenta losgescheurd waren. De ruptuur wordt gehecht met 3 hechtingen en de uterus getamponneerd.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3300 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens eenige temperatuursverhooging.

162. A. G., 1901. N°. 193, III-para, 24 jaar.

De twee vorige kinderen zijn spontaan geboren.

Omtrek bekken	78	cM.
Dist. Spinarum	24,5	»
» Cristarum	26,5	»
Conj. Vera	9	

Pat. komt 28 Mei 3 u. P.M. in partu.

31 Mei 3 u. A.M. wordt de vrouw op de verloskamer gebracht wegens hoogstaande contractiering. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is bijna geheel ingedaald met de groote fontanel links vóór, bijna dwars.

De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting; eerst de rechterlepel rechts vóór, dan de linker links achter; na sluiting van de tang wordt de schedel geroteerd totdat de groote fontanel vóór staat en vervolgens geëxtraheerd, nadat dubbelzijdige episiotomie verricht is. Er ontstaat geen perinieaal ruptuur.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 2965 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord, behoudens lichte temperatuursverhooging van de 3e—6e dag p.p.

163. J. S., 1902. N°. 129, VIII-para, 33 jaar.

De vorige bevallingen verliepen alle spontaan.

Pat. heeft een uterus didelphys, waarin beiderzijds een levende vrucht.

16 Maart 7 u. A.M. beginnen de weeën. Beide uteri contraheeren zich, doch de rechter meer malen en sterker dan de linker. Uit de linker vagina vloeit slechts een weinig slijm, uit de rechter bloederig vocht.

17 Maart 9 u. 50 A.M. Rechts zijn de vliezen gebroken, en is er 6 cM. ontsluiting; de schedel is diep ingedaald. Harttonen der beide vruchten duidelijk, rechts 132, links 140.

11 u. 30 P.M. Daar de foetale harttonen van de rechter vrucht zeer langzaam worden, wordt tot forcipale extractie besloten.

Het ostium uteri wordt volgens Bonnaire—v. Oordt verwijd tot bijna volkomen ontsluiting, en daarna de tang aangelegd in de linker schuine afmeting, daar de kleine fontanel links dwars staat. Na rotatie volgens Lange volgt de extractie, waarbij de kin onder de symphysis roteert, en het achterhoofd over het perineum.

(Is dit een vergissing, of bestond er een kruinligging?)

Het kind is niet asphytisch. Bij de extractie scheurt het septum vaginae in; daar hierdoor een vrij hevige bloeding optreedt, wordt deze scheur gehecht. Nadat de placenta volgens Credé verwijderd is, contraheert de ledige uterus zich goed.

In de linker uterus treden geen weeën meer op vóór 5 April. Zie hiervoor geval **21.**

Het kind weegt 2030 gr., is 46 cM. lang en heeft zeer kleine schedelmaten.

164. E. M. J., 1899. N°. 140, I-para, 21 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Omtrek bekken 89 cM.
Dist. Spinarum 24,5 »
» Cristarum 28,5 »
» Tuberum 11 »

29 Maart A.M. komt de vrouw in partu. 's Avonds te 9 u. 30 is de ontsluiting volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel links dwars, en de groote fontanel rechts dwars het diepst.

Te 11 u. P.M. is de toestand hetzelfde. De tang wordt aangelegd met de linker lepel vóór, de rechter achter en de schedel geroteerd met de groote fontanel naar voren, waarna de extractie volgt. Er ontstaat een perineaal ruptuur tot aan den anus, die gehecht wordt.

Het kind is asphyctisch en wordt, na met veel moeite bijgebracht te zijn, in de couveuse gelegd.

Het kraambed verloopt met geringe tempratuursverhooging.

165. E. v. W., 1902. N°. 382, I-para, 24 jaar, komt 25 Oct. 8 u. A.M. in partu.

9 u. 30 P.M. De ontsluiting is volkomen, de vliezen zijn gebroken, de schedel is diep ingedaald, met de groote fontanel rechts vóór. De foetale harttonen, die tot nu toe goed waren, zijn duidelijk langzaam en onregelmatig, waarom tot forcipale extractie besloten wordt.

De tang wordt aangelegd in de rechter schuine, de schedel naar beneden getrokken, en dan volgens Lange geroteerd, totdat de groote fontanel vóór staat; daarna wordt de schedel geëxtraheerd totdat de glabella onder de symphysis staat en dan naar boven geroteerd. Hierbij ontstaat een perineaal ruptuur, die met 8 hechtingen gesloten wordt. De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is licht asphyctisch en is spoedig bij. Het weegt 3160 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 8 Januari 1903 wordt pat. ontslagen

c. Aangezichtsligging met volkomen ingedaalden schedel en dwars staande kin.

Deze ligging kwam 2 maal voor; in het eene geval stond de kin links dwars, in het andere rechts. In geen geval werd eerst beproefd met de hand van de bestaande een achterhoofdsligging te maken.

166. G. H., 1900. N°. 252, X-para, 39 jaar.

8 kinderen werden spontaan geboren, 1 werd forcipaal geëxtraheerd.

20 Juli 10 u. P.M., komt de vrouw in partu.

22 Juli 12 u. M. komt pat. op de verloskamer, en vindt men volkomen ontsluiting, gebroken vliezen, de schedel ingedaald in aangezichtsligging, met de kin links achter. De schedel is niet meer op te drukken.

Daar de toestand te 2 u. P.M. nog dezelfde is, wordt besloten te termineeren. Eerst wordt beproefd met den vinger in de mond te gaan en de kin naar voren te draaien; dit mislukt. Daar de kin bijna dwars staat, wordt eerst de rechterlepel vóór, dan de linker achter aangelegd en de schedel met moeite geroteerd totdat de kin vóór staat; daarna volgt de zeer moeilijke extractie, waarbij geen perineaal ruptuur ontstaat.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij. Het weegt 4080 gr., en is 56 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	42	cM.
Middelb. » » » »	38	»
Kleine » » » »	32,5	»
Diam. fronto-occip.	12	»
» mento- »	15	»
» suboccip-bregmat.	11,5	»
» » -frontal.	12,5	»
» biparietalis	10	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

167. J. A. B., 1902. N°. 120, VII-para, 38 jaar, komt 28 Maart 3 u. A.M. in partu.

Te 9 u. 30 P.M. is er volkomen ontsluiting; de vliezen zijn gebroken, de schedel is voor een groot deel ingedaald, met het voorhoofd het diepst en de kin rechts achter.

Door druk op het voorhoofd wordt van de bestaande ligging een aangezichtsligging gemaakt, waarna de vingers in de mond van het kind worden gebracht en de schedel geroteerd wordt totdat de kin rechts vóór staat. De schedel draait echter weer wat terug. Nu wordt de tang aangelegd in de rechter schuine afmeting en de kin geheel naar voren gedraaid, waarna de extractie zonder moeite volgt.

Het kind is licht asphyctisch, en komt spoedig bij. Het weegt 3400 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

De tang werd in de schuine afmeting aangelegd 48 maal bij *primiparae*, en 25 maal bij *multiparae*.

Bij de multiparae waren de vorige bevallingen verloopen, als volgt:

II-parae.	2	maal	1e kind forcipaal.
	3	»	1e » spontaan.
	2	»	1e » onbekend.
III-parae.	1	»	2 kinderen spontaan.
	1	»	2 » forcipaal.
	1	»	1e kind spontaan, 2e V. en E.
V-parae.	1	»	1e » forcipaal, 3 spontaan.
	1	»	3 kinderen spontaan, 4e V. en E.
	1	»	onbekend.
VI-parae.	1	»	5 spontaan.
	1	»	onbekend.
VII-parae.	1	»	6 spontaan.
	1	»	onbekend.
VIII-parae.	2	»	7 spontaan.
	1	»	1e, 5e, 6e spont., 2e, 3e, 4e, 7e forcipaal.
	1	»	onbekend.
IX-parae.	1	»	8 spontaan.
X-parae.	1	»	9 spontaan.
	1	»	8 spontaan, 9e forcipaal.
XI-parae.	1	»	9 spontaan.

In het geheel werd 18 maal de tang aangelegd bij *bekkenvernauwing*. Het algemeen gelijkmatig vernauwde bekken kwam 8 maal voor, het plat vernauwde 3 maal, het plat vernauwde rachitische 4 maal, het kyphotische bekken 1 maal, terwijl 2 maal het bekken slechts in de uitgang vernauwd was. Daar de schedel volkomen ingedaald was, heeft de conjugata vera voor ons geen waarde; de distantia Tuberum varieerde bij deze bekkens van 7,5 tot 12 cM.

Wat de *indicaties* betreft, het volgende: *Levensgevaar voor de moeder* was in 23 gevallen, *levensgevaar voor de vrucht* in 13 gevallen een aanwijzing om in te grijpen. *Prophylactisch*

werden 28 kinderen forcipaal geëxtraheerd, terwijl dit 9 maal *zonder* opgegeven indicatie geschiedde.

Het leven van de moeder werd 11 maal in gevaar gebracht door *Eclampsie*. Slechts bij ééne vrouw kwamen na den partus nog 2 aanvallen voor. Van de kinderen waren 8 min of meer asphyctisch, doch allen werden bijgebracht en bleven in leven; 1 kind stierf een half uur na de geboorte, 2 kinderen werden dood geboren, doch bij 't eene waren de harttonen reeds niet meer te hooren, toen de moeder op de verloskamer kwam.

Een hoogstaande *contractiering* kwam in 9 gevallen voor, waarbij telkens een uterus-ruptuur voorkomen werd. De indicatie tot ingrijpen werd nog versterkt, eenmaal door oedeem van de voorlip, 1 maal door temperatuursverhooging. Voor de kinderen ontstond ook geen nadeel door de applicatie van den forceps; slechts 1 kind had een éénzijdige facialisparese, die spoedig verdween.

Eénmaal ontstond er door *temperatuursverhooging* tot 38,9° C. levensgevaar voor de moeder, en tweemaal door *bloeding*, (die in een geval door een placenta praevia veroorzaakt werd.)

Het leven van het kind was 13 maal in gevaar. Dit bleek door dat de foetale harttonen 2 maal *onregelmatig*, 4 maal *langzamer*, 4 maal *frequenter*, en 1 maal zeer *zwak* werden; de extractie was voor de kinderen zeer gunstig, daar 5 niet, 4 licht en 2 diep asphyctisch waren, en na korten tijd werden bijgebracht. In één geval waren er *geen* foetale harttonen meer toen de tang werd aangelegd; het kind was dood bij de geboorte. Het *afloopen van meconium* was in één geval de reden, dat de baring getermineerd werd; het kind was slechts licht asphyctisch.

Prophylactisch werd 28 maal de baring forcipaal getermineerd. De kortste tijd, dat gewacht werd bedroeg 55 minuten, de langste 15 uur 15 min. Gemiddeld werd dus 3 u. 50 min. gewacht, alsvorens tot extractie werd overgegaan.

Gaan we na, wat de oorzaak was van het oponthoud der baring, dan kan dit in 6 gevallen *bekkenvernauwing* geweest

zijn; 3 maal een algemeen gelijkmatig vernauwd, 1 maal een plat vernauwd, 1 maal een plat vernauwd rachitisch bekken, terwijl in 1 geval slechts de uitgang vernauwd was. 6 maal kan de oorzaak in den grooten schedel van het kind gezeteld hebben.

De uitslag van deze prophylactische extractie was voor de moeders weer gunstig.

Van de kinderen waren er 10 niet, 10 licht asphyctisch; 7 waren diep asphyctisch, doch werden bijgebracht, tewijl 1 kind wederom dood werd geboren. In dit geval (140) is 2 uur 15 min. gewacht, alvorens tot de forcipale extractie werd overgegaan; men zou hier kunnen vragen, waarom de raad van Pinard dan ook niet opgevolgd is, om slechts 2 uur te wachten. Het is zeer wel mogelijk, dat het kind, indien het 15 minuten eerder geëxtraheerd ware, in leven was gebleven.

Zonder opgegeven indicatie werd 9 maal de tang aangelegd; in 6 gevallen is uit de ziektegeschiedenis niet na te gaan, wat de reden kon geweest zijn, in de 3 andere echter wel. In één geval toch had de vrouw in het begin der baring sterk gevloeid en bevatte de urine eiwit; nu kan de baring getermineerd zijn òf wegens de bloeding òf om een eclamptischen aanval te voorkomen. In één geval was bekkenvernauwing de reden; men had hier echter beter gedaan nog eenigen tijd te wachten en dan prophylactisch te termineeren, daar de vernauwing op zich zelf nog geen indicatie is. In één geval eindelijk was de indicatie onvoldoende en moet dus het aanleggen van de tang ongeoorloofd genoemd worden; daar de vrouw tegenspartelde bij het onderzoek, werd dit in narcose voortgezet en maakte men van die gelegenheid gebruik, tevens maar de tang aan te leggen.

Terwijl het in één geval twijfelachtig is of de *ontsluiting volkomen* was, toen de forceps werd aangelegd, was zij *onvolkomen* in 4 gevallen. Eén maal werd de extractie toch verricht wegens eclampsie, één maal bij hoogstaande contractiering.

Tweemaal werd de ontsluiting volkomen gemaakt volgens de methode Bonnaire—van Oordt, eens omdat de baring niets vorderde, eens bij hoogstaande contractieering.

Perineaal rupturen ontstonden 32 maal bij primiparae, 6 maal bij multiparae, dus in 66,6 en 24 pct. van alle gevallen.

Ter voorkoming van een ruptuur werd 6 maal een dubbelzijdige *episiotomie* verricht, 2 maal met, 4 maal zonder succes. In één geval werd de episiotomie verricht, toen het perineum reeds geruptureerd was, waardoor verder inscheuren voorkomen werd.

Gemelli werden slechts 1 maal geboren; het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd en bleef in leven, het tweede stierf na versie en extractie.

Van de kinderen waren er in 't geheel 23 *niet*, en 25 *licht* asphyctisch: 19 waren *diep* asphyctisch, doch werden bijgebracht, terwijl 6 kinderen *dood* geboren werden, waarbij slechts in 3 gevallen geen harttonen te hooren waren toen de forceps aangelegd werd. Twee der diep asphyctische kinderen stierven ongeveer een half uur na de geboorte. Eén der kinderen had aan beide zijden van het gelaat indruksels en excoriaties van de tang en bovendien een rechtzijdige facialisparese, die spoedig genezen waren. Nog 2 maal kwam een enkelzijdige facialisparese voor, die spoedig verdween.

Voor de *moeders* was het resultaat der forcipale extractie gunstig. Volkomen *ongestoord* verliep het kraambed in 32 gevallen; 37 maal was er *temperatuursverhooging*, die meestal slechts kort duurde en niet aanzienlijk was. Van 4 vrouwen is omtrent het kraambed niets bekend; zij werden echter allen volkomen gezond ontslagen.

Hoofdstuk III.

ROTATIE VOLGENS SCANZONI.

Wanneer de schedel in achterhoofdsligging volkomen is ingedaald, doch de kleine fontanel naar achteren is gericht, m. a. w. wanneer er bestaat een achterhoofdsligging met verkeerden spildraai, kan men de forcipale extractie op twee manieren uitvoeren.

De eerste is de methode van Scanzoni, en heeft ten doel de schedel te roteeren, totdat de kleine fontanel naar voren gericht is. Stellen wij ons voor, dat de kleine fontanel rechts achter staat, dan wordt eerst de tang aangelegd met de rechterlepel rechts vóór en de linker links achter. (Dit kan men natuurlijk doen op één der manieren, die in het vorige hoofdstuk zijn aangegeven.) Daarna worden de handvatsels van de tang naar beneden bewogen, totdat de kleine fontanel rechts-dwars staat. De lepels worden dan afgenomen en opnieuw aangelegd, maar nu met de linker links vóór, en de rechter rechts achter, en de schedel geheel volgens Lange geroteerd totdat de kleine fontanel naar voren is gericht, waarna de extractie kan volgen. De laesies, die men hierbij aan de weeke deelen van het kleine bekken kan toebrengen, zullen bij een juiste uitvoering der operatie uitermate gering zijn; te ontstaan behoeven zij zeker niet. Van meer belang is dan ook het aangevoerde bezwaar, dat de hals van het kind niet tegen deze rotatie bestand zou zijn. Dit bezwaar is echter geheel op zijde geschoven door de proeven van Tarnier en Ribemont 1).

Tarnier deed zijne proeven op bevroren cadavers van pasge-

1). J. Poullet l. c. p. 33.

boren kinderen; hij constateerde, dat, wanneer hij het hoofd 180° draaide, terwijl de schouders gefixeerd werden, deze draaibeweging niet alleen tot stand kwam in het atlanto-epistropheaal gewricht, maar over de geheele lengte der halswervels en een gedeelte der borstwervels, die daarbij spiraalsgewijze gedraaid werden. Voorts bewees hij, dat hierbij het ruggemergskanaal niet platter en het ruggemerg zelf niet gedrukt werd. Hiertoe vulde hij het ruggemergskanaal met water en liet dit communiceeren met een glazen buis; wanneer nu het ruggemergskanaal gedrukt werd, steeg het water in de glazen buis. Tarnier zag nu, dat bij rotatie van het hoofd, het water in de buis niet steeg, doch onbewegelijk staan bleef. Hieruit blijkt, dat het ruggemerg, bij rotatie van het hoofd, niet samengedrukt wordt.

Ribemont, die ook proeven nam op bevroren cadavers, bewees hieruit dat, bij draaiing van het hoofd, de medulla wel getordeerd wordt, overeenkomstig de torsie van de wervelkolom, doch dat er van compressie geen sprake is.

Bijzondere gevaren kunnen dus uit deze methode van Scanzoni niet ontstaan.

De andere methode om den schedel bij achterhoofdsligging met verkeerden spildraai te extraheeren is, dat men niet roteert, doch de tang dwars aanlegt en de schedel met verkeerden spildraai doet geboren worden. De bezwaren, die hiertegen aangevoerd kunnen worden, zijn in het vorige hoofdstuk reeds genoemd.

Behalve bij achterhoofdsliggingen kan er ook een verkeerde spildraai optreden bij kruinliggingen. Hier kan men ook op dezelfde wijze te werk gaan en òf volgens Scanzoni de groote fontanel naar voren draaien òf den schedel met de kleine fontanel vóór extraheeren.

Bij aangezichtsligging eindelijk kan men ook, als de kin naar achteren gericht is, deze naar voren roteeren.

De rotatie volgens Scanzoni is 3 maal toegepast geworden bij achterhoofdsligging; 2 maal stond de kleine fontanel rechts achter, één maal links achter.

Als 2e tempo van de „hooge tang" is de rotatie volgens Scanzoni ook nog 2 maal voorgekomen, eens bij A. a. l. a., eens bij aangezichtsligging met naar achter gerichte kin. (Geval 191 en 194). Deze laatste ziektegeschiedenissen worden echter in het volgende hoofdstuk eerst medegedeeld.

168. J. B., 1898 N°. 339, I-para, 28 jaar, komt 21 Sept. 12 u. M. in partu, terwijl spoedig daarna de vliezen breken.

23 Sept. 6 u. A.M. Ontsluiting ± 6 cM., de schedel is met een segment ingedaald. De weeën, die in den beginne zeer krachtig waren, worden zwak en volgen elkaar met groote tusschenruimten op. Foetale harttonen zijn regelmatig, 140 in de min.

24 Sept. 8 u. 30. Ontsluiting nog niet volkomen; de voorlip is oedemateus; een handbreed boven de symphysis is duidelijk een contractiering te voelen. Foetale harttonen 156 in de min.

Te 10 u. 30 is de ontsluiting volkomen, de schedel staat op den bekkenbodem, met de kleine fontanel rechts achter. De contractiering en frequente foetale harttonen doen besluiten tot forcipale extractie.

De tang wordt aangelegd in de linker schuine afmeting, de rechter lepel rechts vóór, de linker links achter; door de handvatsels te bewegen van boven naar beneden, wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel rechts dwars ligt. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd, nu de linker lepel het eerst vóór, de rechter lepel achter; daarna wordt de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat en geëxtraheerd totdat een klein segment uit de vulva te voorschijn komt. Om het perineum te sparen, worden de lepels afgenomen en beproefd de schedel te doen geboren worden met den handgreep van Ritgen, hetgeen echter mislukt. De tang wordt opnieuw dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind gemakkelijk volgt. Er ontstaat een kleine ruptuur, die gehecht wordt.

De uterus contraheert zich goed, nadat de placenta volgens Credé verwijderd is.

Het kind is zeer licht asphyctisch, het weegt 4350 gr. en is 52 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	40	cM.
Middelb.	»	»	»	»	36	»
Kleine	»	»	»	»	31	»
Diam.	fronto-occip.				12	»
»	mento-	»			16	»
»	suboccip.-bregm.				10	»
»	»	-front.			11½	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

169. A. P. C., 1903 N°. 10 I-para, 35 jaar, wordt 15 Januari 1 u. A.M. op de verloskamer gebracht; zij is sedert 2 × 24 uur in partu, daar de partus de laatste 12 uur niets verder kwam en de ontsluiting volkomen was, is de forcipale extractie beproefd, doch tevergeefs.

Op de verloskamer blijkt, dat er is een ontsluiting van hoogstens 8 cM.; de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel rechts-dwars.

Te 11 u. 45 wordt besloten tot forcipale extractie, omdat:

1e. de ontsluiting volkomen is en de schedel niet dieper is ingedaald, terwijl de kleine fontanel naar achter is gedraaid,

2e. de weeën zeer zwak zijn en de vrouw uitgeput is,

3e. omdat het vruchtwater erg stinkt.

De tang wordt aangelegd met de rechter lepel rechts vóór, en de linker links achter; hierna volgt rotatie totdat de kleine fontanel rechts dwars staat. De tang wordt afgenomen en weer aangelegd, maar nu met de linkerlepel vóór en de rechter achter. De schedel wordt nu geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat; daarna wordt hij met de linea nuchae onder de symphysis getrokken en verder het aangezicht over het perineum geroteerd, door het oplichten van den forceps. Hierbij ontstaat een flinke perineaal ruptuur. Het kind wordt dan verder geëxtraheerd. Daar pat. hevig vloeit, wordt de uterus getamponneerd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het heeft een rechtszijdige facialisparalyse. Het weegt 4330 gr., is 53 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt zonder temperatuursverhooging. Wel heeft pat. albuminurie, die met melkdieët geneest. 24 Febr. wordt pat. ontslagen.

170. J. S., 1903 N°. 421, I-para, 20 jaar, komt 20 October 10 u. 30 P.M. in partu.

22 Oct. 8 u. 15 A.M. Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is ingedaald met de kleine fontanel het diepst, links achter.

Te 10 u. A.M. is er een contractiering halverwege navel en symphysis zicht- en voelbaar. Daarom wordt de baring forcipaal getermineerd.

De tang wordt aangelegd in de rechter schuine afmeting; de linker lepel links vóór, de rechter rechts achter. De schedel wordt nu geroteerd totdat de kleine fontanel links dwars staat. De tang wordt afgenomen en weer aangelegd maar nu in de linker schuine afmeting; na rotatie, totdat de kleine fontanel vóór staat, volgt de extractie. Er ontstaat een ruptura perinei, die gehecht wordt. De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3040 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

De *indicaties* voor het termineeren der baring waren twee maal het hooger komen van een contractiering; éénmaal werd het kind *prophylactisch* geëxtraheerd, nadat de baring in 10 u. 45 min. niets gevorderd was.

Een kind was licht, twee waren diep asphyctisch, doch allen werden bijgebracht. Een kind kreeg een rechtszijdige facialis paralyse.

Het kraambed verliep ongestoord in 2 gevallen; in één geval met temperatuursverhooging. De voorbijgaande albuminurie van ééne der vrouwen mag zeker niet op rekening der tangextractie gesteld worden. Een perineaalruptuur ontstond in alle 3 der gevallen; de vrouwen waren alle primiparae.

Ziet men van de facialisparalyse af, dan is de uitslag van deze extractie zoowel voor moeder als kind gunstig te noemen; zij kregen geen nadeelen, die ook niet bij een spontaan verloopenden partus hadden kunnen ontstaan. Doch in geen geval zijn nadeelen voortgevloeid noch voor de moeder noch voor het kind uit de rotatie van den schedel volgens Scanzoni,

Hoofdstuk IV.

HOOGE TANG.

Wanneer bij schedelligging, als de vliezen gebroken zijn, termineeren van de baring noodzakelijk is, terwijl de schedel nog op den bekkeningang staat of slechts met een klein segment is ingedaald, dan legt men gewoonlijk de tang niet aan, maar probeert den schedel op te duwen en keering op de voet te doen met navolgende extractie.

Het kan nu echter gebeuren, dat de versie niet meer mogelijk is, doordat de schedel zoo vast staat in den bekkeningang, dat opduwen niet meer mogelijk is, of doordat men bevreesd is voor een uterus ruptuur wegens sterke rekking van het onderste uterus-segment, of doordat de uterus zich zoo zeer om het kind gecontraheerd heeft, dat men de hand niet meer tusschen baarmoederwand en kind brengen kan. In deze gevallen zal men dan te kiezen hebben tusschen het aanleggen van de hooge tang, perforatie, sectio caesarea en symphysiotomie.

Slechts als de vrucht dood is, zal men onmiddellijk tot perforatie besluiten, doch in de overige gevallen zal men met het leven van het kind rekening dienen te houden. Daar de sectio caesarea en symphysiotomie toch nog altijd zeer ingrijpende operaties zijn, en in de gewone praktijk ook altijd niet uitvoerbaar, is het raadzaam in dergelijke gevallen altijd eerst een poging met de hooge tang te doen.

Welk *instrument* zal men daarvoor gebruiken; Voor de extractie kan men nemen een gewone forceps, of een zoogenaamde »astrekkingstang."

De weg, dien de schedel in het bekken volgt om geboren te worden, is niet recht, maar gekromd; hij volgt toch de richting van de zoogenaamde bekkenas. Daar de extractie moeilijker bleek, hoe hooger de schedel stond, zag men uit naar een tang, waarmede men voortdurend in de richting van de bekkenas trekken kon. Trekt men toch met een gewonen forceps, dan wordt niet alle aangewende kracht gebruikt om den schedel te extraheeren, doch een deel gaat verloren, daar het den schedel tegen de bekkenwand aandrukt. Door HERMANN (1844), HUBERT, later SÄNGER en BREUS, 1) maar vooral door TARNIER zijn tangen uitgedacht, waarmede, volgens hen, steeds in de richting van den bekkenas getrokken wordt. Daar ze nagenoeg alle op hetzelfde principe berusten, zal ik alleen de tang van Tarnier iets uitvoeriger bespreken, daar deze het meest gebruikt wordt en ook door de voorstanders der astrekkingstangen als de beste geroemd wordt.

Deze tang dan bestaat uit een gewonen forceps met een Fransch slot en waaraan zijn toegevoegd een schroef aan de handvatsels, om de tang op elke verlangde wijdte te kunnen vastzetten, en twee stangen, die onmiddellijk achter de vensters beginnen en samenkomen in een handvatsel met kruk, waaraan de tractie plaats grijpt. Wil men de tang gebruiken, dan wordt hij op de gewone wijze aangelegd en gesloten; de schroef aangedraaid, zoodat de schedel stevig gepakt is, en vervolgens wordt, aan de kruk trekkende, de extractie verricht, waarbij de handvatsels van de tang geheel vrij blijven en de richting aangeven, waarin getrokken dient te worden.

De voordeelen door Tarnier 2) zelf aan deze tang toegeschreven zijn, dat de operateur steeds kan trekken in de richting van den bekkenas, dat de handvatsels dienst doen als

1) E. Bumm, Uber achsenzugzangen. Leipzig 1888.

2) Tarnier, Descriptions de deux nouveaux forceps. Paris, 1877.

wegwijzer voor de richting waarin getrokken moet worden en dat de foetale schedel genoeg bewegelijk blijft om de bekkenkromming zonder nadeelen te volgen. Ook, wanneer de tang in een schuine afmeting is aangelegd, heeft de tractie plaats in de mediaanlijn van het lichaam.

Het is niet onaardig hier te vermelden, hoe PAJOT 1) over deze tang dacht, toen hij pas uitgevonden was.

»1°. Un instrument plus compliqué (il suffit de le voir), privé »de tout action de levier, action d'une efficacité supérieure à »la traction directe; instrument moins commode à manier et à »introduire, suffisant, une fois placé, pour les cas où tous les »forceps réussissent;

»2°. Un instrument ayant encore ses preuves à faire, quant »à la direction, pour le cas où la tête est mobile audessus du »détroit, et n'obéit pas à des tractions énergiques;

»3°. Un instrument muni d'une aiguille destinée à diriger »l'accoucheur, aiguille agissant quand l'opérateur s'est déjà guidé »tout seul, et impuissante à lui indiquer la route, quand il »commence à tirer avec force sans parvenir à engager la tête, »c'est-à-dire, dans les cas difficiles aiguille inutile d'ailleurs »avec les connaissances supposées chez tout praticien;

»4°. Cuillers construites contre toutes les règles, excellentes »pour les cas où l'on accouche avec des pincettes, mais défec»tueuses pour les autres, par leure petitesse, par leur fenêtre »obstruée en partie, et l'angle inférieur moins aigu. Hérésie »contre la théorie du coin, au grand dommage de la vulve et »du périnée;

»5°. Des manches disposés en palonnier, invitation à abuser »de la force directe, par machines ou moteurs animés;

»6°. Comme compensation, possibilité de tractions directes »dans l'axe, par à peu près; le bassin étant toujours le véritable »redresseur des écarts de traction; avantage superflu 90 fois »sur 100, à démontrer pour les dix autres."

---

1) Pajot. Annales de gynécologie. Mars 1877.

Deze tang is op verschillende manieren beoordeeld; in Frankrijk wordt hij zeer geprezen en veel gebruikt. Anderen daarentegen hebben allerlei bedenkingen geopperd; dat hij te lastig in het gebruik zou zijn, slecht schoon te maken, en wat wel het zwaarste weegt, dat de handvatsels niet zoo'n bijzonder betrouwbare wegwijzer zouden zijn; ook zou Tarnier's tang gemakkelijker afglijden. In de Vrouwenkliniek is de tang van Tarnier nooit gebruikt, wel de tang van Mathieu, die ongeveer geheel hetzelfde is.

Men kan de tang bij hoogstaanden schedel *aanleggen* op drie manieren:

1°. Gewoon *dwars*, waarbij de tang goed ligt ten opzichte van het bekken. Tegen deze methode bestaan de volgende bezwaren: 1°. dat bij plat vernauwde bekkens en dwars verloopenden pijlnaad, de schedel te veel in fronto-occipitale afmeting zou gedrukt worden door de tang, te veel in bitemporale of biparietale door het bekken; 2°. dat de tang gemakkelijker zou afglijden.

2°. De tang wordt zóó aangelegd, dat hij *goed ligt ten opzichte van den schedel.* De tang, die hierbij in de rechte afmeting van het bekken komt te liggen, kan den schedel stevig grijpen over de ooren, doch het aanleggen van de tang is zeer lastig, ja, meestal onmogelijk daar de kromming van de tang en van het bekken hierbij niet overeenkomen. Evenwel Pinard 1) schijnt deze methode nog al eens te volgen. Hierbij heeft men dus het meeste kans van laesies van het zachte bekken, alsook van den kinderlijken schedel. Dit laatste kan men hieruit verklaren, dat de dwarsstand van den hoogstaanden schedel het meest zal voorkomen bij dwarse vernauwing van den bekkeningang; wordt nu behalve de schedel ook nog de tang met kracht door de dwars vernauwde bekkeningang gehaald, dan begrijpt men gemakkelijk, dat de tang hierbij een

1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. Précis d'Obstétrique.

zeer groote en zeer nadeeligen druk op den schedel uitoefent, waarvan dan ook dikwijls schedelfracturen het gevolg zijn.

3°. De tang wordt *schuin* aangelegd. Staat bijv. de schedel met de kleine fontanel links dwars, dan komt de linker lepel te liggen links achter om het tuber parietale, de rechter lepel rechts vóór om het tuber frontale. Deze methode, die voornamelijk door BUDIN 1) wordt gevolgd, wordt gezegd de volgende voordeelen te hebben. Het aanleggen van de tang is gemakkelijk, omdat dit geschiedt op plaatsen, waar de schedel den bekkenring niet raakt De tracties kunnen in de richting van den bekkenas geschieden, terwijl de schedel stevig gegrepen wordt. De tractie zal gemakkelijker gaan omdat de afmeting van den schedel, die het dichtst bij de bitemporale komt, door de nauwste plaats van het bekken gaat.

Welke methoden gevolgd en welke tangen in de Vrouwenkliniek zijn gebruikt moge uit de volgende gevallen blijken.

171. J. C. D, 1896. N°. 349, VI-para, 35 jaar.

Haar 4 eerste kinderen werden werden spontaan geboren, het 5e werd met instumenten (?) ontwikkeld en was dood.

Omtrek bekken	87	cM.
Dist. Spinarum	23	»
Dist. Cristarum	26	»
Conj. Vera	11 — 1 1/2 = 9 1/2	»

Sacrum is normaal van uitholling. Diagnose wordt gesteld op plat vernauwd niet rachitisch bekken.

24 Aug. 7 u. P.M. komt de vrouw in partu.

25 Aug. 1 u. A.M. Bij het inwendig onderzoek blijkt, dat de vliezen gebroken zijn, ontsluiting 7 à 8 cM., de schedel staat onbewegelijk op den bekkeningang, de kleine en groote fontanel op dezelfde hoogte; groote fontanel rechts voor; de pijlnaad verloopt van rechts voor naar links achter; het promontorium is te bereiken.

2 u. 30 A.M. Ontsluiting is volkomen; hoofd staat nog onbewegelijk op bekkeningang. Bij uitwendig onderzoek wordt een duidelijke contractiering zicht- en voelbaar. Besloten wordt de baring te termineeren wegens de vrij sterk ontwikkelde contractiering, daar de baring niet veel voortgang had, terwijl overigens de toestand van moeder en kind gunstig is te noemen.

1) Tarnier-Chantreuil-Budin, Traité de l'art des accouchements.

Chloroformnarcose wordt geappliceerd en na reiniging der genitalia en catheterisatie wordt pat. in de ligging van Walcher gebracht en getracht door uitwendigen druk de schedel dieper in het bekken te duwen. Deze poging mislukt. De schedel is wel even ingedaald, staat onbewegelijk; de symphysis springt sterk naar binnen en belet nog meer dan het promontorium de indaling; de groote fontanel staat het diepst, rechts voor, de kleine links achter.

De linkerlepel wordt nu links vóór, de rechterlepel met zeer veel moeite, rechts achter om het hoofd gebracht. De schedel wordt nu, geholpen door krachtigen uitwendigen druk, naar beneden getrokken; daar bij de tractie het perineum erg spant, wordt rechts een episiotomie verricht (later met 4 hechtingen gesloten). Na de eerste tractie komt de schedel slechts weinig dieper en glijdt de tang af. De tang wordt wederom in dezelfde afmeting aangelegd, en langzamerhand voelt de hand van den assistent, die den schedel uitwendig in het kleine bekken perst, het achterhoofd verdwijnen. Een maal de vernauwde plaats voorbij, biedt de verdere extractie geen moeilijkheden aan.

Het kind is blauw asphyctisch en sterft na een kwart uur, vermoedelijk tengevolge van de tracemata door de lepels aan beide wandbeenderen toegebracht.

Puerperium verloopt overigens ongestoord.

172. N. P. B., 1897. N°. 166, I-para, 23 jaar, komt den 13en Mei in partu. Te 1.30 A.M. loopt het vruchtwater af.

De huismedicus van pat. beproeft tweemaal (waarom?) den schedel forcipaal te extraheeren, maar zonder succes, waarna pat. in de kraaminrichting wordt opgenomen.

Omtrek bekken	81	cM.
Dist. Spinarum	21,5	»
» Cristarum	24,5	»
» Tuberum	6,5 + 1,5	»

Bij inwendig onderzoek blijkt, dat de ontsluiting volkomen is, de vliezen gebroken zijn, terwijl de schedel vast staat met een zeer klein segment in den bekkeningang; een fontanel is niet duidelijk te voelen door het groote caput succedaneum.

14 Mei 11 u. P.M. Daar de toestand nog hetzelfde is, wordt de hooge tang dwars aangelegd en de schedel met zeer veel moeite in het kleine bekken getrokken. Daarna wordt de tang afgenomen, de hand in de vagina gebracht en de schedel gedraaid tot de kleine fontanel onder de symphysis staat. Dan wordt de tang opnieuw dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind gemakkelijk gaat.

Een kleine perineaal ruptuur wordt niet gehecht.

Het kind is asphyctisch, maar wordt weer bijgebracht; er is een zeer groot caput succedaneum en de schedel is op verschillende plaatsen gefractureerd. Het weegt 3650 gr., is 54 cM. lang.

Het kraambed verloopt met hooge temperaturen. 31 Mei wordt pat. ontslagen.

173. D. v. N., 1897. N°. 212, XIII-para, 37 jaar.

De kinderen zijn allen spontaan geboren. In haar jeugd heeft pat. Rachitis gehad.

Omvang bekken	86	cM.
Dist. Spinarum	23,5	»
» Cristarum	26,5	»
» Tuberum	9 + 1½	»
Conj. Vera	10½—1½ = 9	»

Sacrum heeft een haak.

Diagnose: Plat vernauwd rachitisch bekken.

18 Juni komt de vrouw in partu, 20 Juni 12 u. P.M. breken de vliezen.

Daar de baring niet opschiet, wordt pat. 21 Juni 1 u. A.M. op de verloskamer gebracht, en blijkt dat er is 7 à 8 cM. ontsluiting, terwijl de schedel met een klein segment ingedaald, maar nog goed beweegbaar is.

21 Juni 10 u. 35 A.M. De voorlip is zeer oedemateus, ontsluiting ± 8 cM., het hoofd staat in de bekkenholte, met de kleine fontanel rechts achter.

Te 11 u. 20 A.M. wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geheel in het kleine bekken getrokken. De kleine fontanel staat nu rechts voor. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd in de rechter schuine, waardoor de kleine fontanel naar voren draait, en de schedel geëxtraheerd. De verdere ontwikkeling van het kind gaat gemakkelijk. Er ontstaat een vrij sterke nabloeding, waarom pat. getamponneerd wordt.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 4000 gr. en is 50 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	42	cM.
Middelb. » » » »	38	»
Kleine » » » »	33	»
Diam. fronto-occip	12	»
» mento- »	14	»
» suboccip-bregmat.	7,5	»
» » -front.	12	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

174. A. B. B., 1898. N°. 355, III-para, 32 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Dist. Spinarum 27,5 cM.
» Cristarum 28,5 »
Conj. Vera 9 »

Diagnose: Plat vernauwd rachitisch bekken. Het eerste kind werd spontaan geboren, het tweede werd geperforeerd.

De weeën beginnen 14 October 4 u P.M.

4 u. 55 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is een ontsluiting van ± 8 cM., de schedel staat op den bekkeningang; het promontorium is nog te bereiken.

Te 7 u. 15 P.M. is er volkomen ontsluiting en is de schedel met een klein segment ingedaald, maar nog opduwbaar, de kleine fontanel staat links vóór. Daar een handbreed onder den navel een contractiering te voelen is, wordt de baring forcipaal getermineerd. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geheel in de bekkenholte getrokken; de kleine fontanel staat dan links vóór. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd, maar nu in de linker schuine afmeting; bij sluiting draait de kleine fontanel naar voren. De extractie geschiedt verder op de gewone wijze. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Het kind is licht asphyctisch, weegt 4250 gr., en is 54 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	40	cM.
Middelb.	»	»	»	»	36	»
Kleine	»	»	»	»	33	»
Diam.	fronto-occip.				12,5	»
»	mento-	»			14,5	»
»	suboccip-bregmat.				10.5	»
»	»	-front.			12	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

175. R. M. E. S., 1899. N°. 45, III-para, 29 jaar.

De vorige kinderen werden spontaan geboren.

19 Jan. 4 u. P.M., beginnen de weeën.

20 Jan. 7 u. P.M., zijn de vliezen gebroken, is er 7 cM. ontsluiting, is de schedel met een groot segment ingedaald, onbewegelijk.

21 Jan. 9 u. 45 A.M. is er 8 cM. ontsluiting, de schedel is iets dieper ingedaald, terwijl de voorlip oedemateus is. Handbreed onder den navel is een contractiering zicht- en voelbaar.

De tang wordt dwars aangelegd en de schedel op de bekkenbodem getrokken, waarna de forceps weer wordt afgenomen. De kleine fontanel staat links vóór. De schedel wordt vervolgens geboren met toepassing van de handgreep van Ritgen.

Er ontstaat een kleine perineaal ruptuur.

Het kind is blauw asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 4400 gr., en is 50 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd			41	cM.
Middelb.	»	» »	37	»
Kleine	»	e »	31	»
Diam. fronto-occip.			13	»
» mento-	»		15	»
» suboccip-bregmat.			10	»
»	»	-front.	13	»

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

176. S. M., 1899. N°. 242, VIII-para, 32 jaar.

Al haar kinderen zijn zonder kunsthulp geboren; wel duurden de bevallingen zeer lang. Ze heeft geen Rachitis gehad, en ook geen bekkenvernauwing.

22 Juni beginnen de weeën.

24 Juni 3 u. P.M. De vliezen zijn gebroken, er is ± 7 cM. ontsluiting, de schedel is met een klein segment ingedaald. De weeën blijven bijna geheel uit.

Te 5 u. 45 P.M. is de toestand nog hetzelfde; de foetale harttonen zijn regelmatig en duidelijk hoorbaar. Een handbreed onder den navel is een contractiering duidelijk zichtbaar. Pogingen tot versie worden opgegeven, daar de schedel niet door de contractiering te brengen is, het been dat reeds afgehaald was, wordt in de uterus teruggebracht, en de schedel weer voor den bekkeningang geplaats.

Door uitwendigen druk wordt de schedel nu gefixeerd en de tang dwars aangelegd, waarna de schedel gemakkelijk in de bekkenholte getrokken wordt. De tang wordt afgenomen; bij onderzoek blijkt nu, dat de kleine fontanel rechts voor ligt. De tang wordt wederom dwars aangelegd en de verdere extractie volbracht.

De placenta wordt manueel verwijderd en de uterus getamponneerd.

Het kind is wit asphyctisch, maar komt na een half uur bij. Het weegt 3430 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging. 17 Juli wordt pat. op haar verlangen ontslagen.

177. M. J., 1903 N°. 130, I-para, 24 jaar, komt 23 Maart in partu.

27 Maart 11 u. 45 A.M. wordt zij op de verloskamer gebracht, nadat de huismedicus vruchteloos gepoogd had de forcipale extractie te verrichten. Er is ± 7 cM. ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is bijna geheel ingedaald met de kleine fontanel links vóór bijna dwars.

6 u. P.M. Ontsluiting is volkomen, de schedel staat nog even hoog; 3 vingerbreedten boven de symphysis is een contractiering gekomen.

7 u. 30 P.M. De schedel is nog niet dieper gekomen, de contractiering

staat echter iets hooger. Daarom wordt tot forcipale extractie overgegaan.

Getracht wordt de tang in de linker schuine afmeting aan te leggen, hetgeen mislukt. Bij de poging om de voorste (rechter)lepel in te brengen, is de schedel een heel eind teruggeduwd. De tang wordt nu dwars aangelegd en de schedel geheel in de bekkenholte getrokken, terwijl pat. in de ligging van Walcher gebracht is. Na afname van de tang, blijkt nu de kleine fontanel vóór te staan. Het gelukt nu de schedel verder te doen geboren worden met de handgrepen van Kristeller en Ritgen. Daarna volgt de verdere extractie. Een dubbelzijdige episiotomie voorkomt het ontstaan van een perineaalruptuur. De placenta wordt volgens Credé verwijderd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het heeft indrukken van de tang boven het rechteroog en op het achterhoofdsbeen aan de linkerkant.

Het kraambed verloopt ongestoord.

178. C. G. M. M., 1897 N°. 181, V-para, 33 jaar, heeft in haar haar jeugd Rachitis gehad en in beugels geloopen.

Omtrek bekken 89 cM.
Dist. Spinarum 29 »
» Cristarum 27 »
» Tuberum 9 + 1½ cM.
Conj. Vera 10 — 1½ = 8½ cM.

Sacrum heeft een haak.

Diagnose: plat vernauwd rachitisch bekken.

23 Mei P.M. komt de vrouw in partu.

26 » 11 u. A.M. Vliezen breken.

26 » 9 u. 30 P.M. 6 cM. ontsluiting, schedel staat in bekkeningang met pijlnaad dwars en de kleine fontanel links het diepst. Harttonen duidelijk hoorbaar.

10 u. 45 P.M. toestand hetzelfde. Temp. 38,1°.

Het hoofd wordt door uitwendigen druk met een segment in de bekkeningang gedrukt. Daarna wordt de forceps dwars aangelegd en schedel in de bekkenholte getrokken. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd met rechter lepel vóór en linker achter en de schedel geroteerd totdat de pijlnaad in de rechte afmeting staat met de kleine fontanel onder de symphysis; de lepels worden afgenomen en het hoofd met de handgreep van Ritgen geboren. Verder gaat de extractie van het kind gemakkelijk. Er ontstaat geen perineaalruptuur. Het vruchtwater, dat meekomt, stinkt erg.

Het kind is dood.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging gedurende de eerste twee dagen.

179. A. C. v. B., 1898 N°. 25, III-para, 35 jaar.

Het eerste kind werd dood geboren, doch zonder kunsthulp; de tweede bevalling verliep normaal.

17 Jan. 12 u. 30 P.M. breken plotseling de vliezen.

17 » 10 P.M. begin der weeën.

19 » 3 u. 15 P.M. ontsluiting 8 cM. Schedel is met een segment ingedaald en staat geheel vast; de kleine fontanel staat het diepst links achter. De foetale harttonen zijn goed.

4 u. 30 P.M. De harttonen worden onregelmatig en traag. Er is nog steeds geen volkomen ontsluiting; de schedel is niet meer op te drukken, noch in het kleine bekken te duwen.

De tang wordt dwars aangelegd en de schedel in het bekken getrokken; na afname van de tang staat de kleine fontanel links vóór. De tang wordt opnieuw aangelegd met de rechter lepel vóór en de linker achter, de schedel geroteerd, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat en de schedel geëxtraheerd. Er ontstaat geen perineaalruptuur.

Het kind is asphyctisch, doch wordt bijgebracht. Het weegt 3050 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

180. M. v. D., 1898 N°. 271, IV-para, 42 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geboren, het tweede kwam spontaan, het derde werd manueel geëxtraheerd.

Pat. wordt 1 Aug. 1 u. 35 P.M. op de verloskamer gebracht. De vroedvrouw van pat. vertelt, dat zij te 4 uur 's nachts geroepen werd, dat de vliezen toen gebroken waren, er volkomen ontsluiting was en dat de schedel vaststond in den bekkeningang en niet meer op te duwen was.

Pat. heeft vermoedelijk een vernauwd bekken; van de bekkenmaten zijn alleen bekend Dist. Spinarum 24,5 cM. en de Dist. Cristarum 26,5 cM.

Bij onderzoek in de verloskamer blijkt dezelfde status nog te bestaan. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel in de bekkenholte getrokken. Daarna wordt de tang afgenomen. De kleine fontanel staat daarna tusschen l.d. en l.v. De tang wordt opnieuw aangelegd, maar nu in de linker schuine, de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat, waarna de verdere extractie gemakkelijk volgt. Er ontstaat hierbij een kleine perineaalruptuur.

Het kind is niet asphyctisch, het weegt 3240 gr., is 48 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

181. M. S., 1899 N°. 34, II-para, 25 jaar, heeft in haar jeugd Rachitis gehad.

Omtrek bekken 82 cM.
Dist. Spinarum 24,5 »
» Cristarum 26,5 »
Conj. Vera 9 »

Het eerste kind is zonder kunsthulp geboren.

Den 15^en^ Januari komt de vrouw in partu.

17 Jan. 10 u. A.M. in de verloskamer gebracht, vindt men 7 cM. ontsluiting, gebroken vliezen, de schedel is met een klein segment ingedaald, doch staat niet vast in den bekkeningang.

Daar de weeën zeer zwak zijn, pat. zeer uitgeput is en de baring niets vordert, wordt te 1 u. P.M. een poging gedaan tot keering op den voet; dit mislukt. Hoewel de ontsluiting nog pas 7 cM. is wordt de tang dwars aangelegd, terwijl de schedel door uitwendigen druk in het bekken wordt geperst. Nadat de schedel op den bekkenbodem is getrokken, wordt de tang afgenomen. De kleine fontanel staat nu links vóór, bijna dwars. De tang wordt opnieuw aangelegd, maar nu in de linker schuine afmeting, eerst de rechterlepel rechts vóór, dan de linker links achter, waarna de schedel geroteerd wordt, totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat; hierna volgt de extractie. Het kind is wit asphyctisch en wordt met zeer veel moeite bijgebracht. Het weegt 3100 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhoogingen.

182. J. d. J., 1901, N^o^. 175, VII-para, 38 jaar.

De eerste 5 kinderen zijn spontaan geboren, het zesde werd forcipaal geëxtraheerd.

18 Mei, 6 u. A.M. komt de vrouw in partu; 20 Mei 3.30 P.M. wordt ze op de verloskamer gebracht, daar de baring niet vorderde. Door den huismedicus was een poging tot versie en extractie gedaan, doch deze was mislukt.

Op de verloskamer vindt men ± 8 cM. ontsluiting, de vliezen gebroken, de schedel met een klein segment ingedaald en nog opduwbaar. Handbreed boven de symphysis is een contractiering duidelijk zicht- en voelbaar.

Versie en extractie blijkt niet meer mogelijk; terwijl sectio caesarea niet raadzaam geacht wordt, daar de vrouw reeds zoolang in partu is. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel geheel in de bekkenholte getrokken. De pijlnaad verloopt dan dwars met de kleine fontanel links. De forceps wordt afgenomen en opnieuw aangelegd in de linker schuine afmeting en de schedel geroteerd met de kleine fontanel naar voren. Hierna volgt de extractie van den schedel en verdere ontwikkeling van het kind.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3800 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

183. N. B., 1901. N°. 445, III-para, 25 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd, het tweede werd spontaan geboren, doch vermoedelijk 3 weken te vroeg.

Omtrek bekken	83	cM.
Dist. Spinarum	21,5	»
» Cristarum	24.5	»
» Tuberum	$7^3/_4 + 1^1/_2$	»
Conj. Vera	$10^3/_4$	»

Dwars vernauwd bekken; de art. sacro-iliacae staan zeer dicht bij het promontorium.

2 Dec. Van de bestaande stuitligging wordt door uitwendige handgrepen een schedelligging gemaakt. De schedel kan nog net in den bekkeningang gedrukt worden, waarom 3 Dec. de lage eivliessteek wordt gedaan om den partus aan den gang te brengen.

5 Dec. 1 u. 30 A.M. beginnen de weeën. Er is 4 à 5 cM. ontsluiting, de schedel is met een groot segment ingedaald, met de kleine fontanel links achter.

Te 7 u. 30 A.M. voelt men een sterk oedeem van de voorlip.

Te 9 u. 25 A.M. wordt de baring forcipaal getermineerd. Eerst wordt volgens de methode Bonnaire—van Oordt, het ostium uteri gedilateerd. De schedel, die nog niets dieper is gekomen, wordt met de tang dwars gevat en in de bekkenholte getrokken. De kleine fontanel staat dan links vóór bijna dwars. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd, nu in de linker schuine afmeting, eerst de rechter lepel, dan de linker. Na rotatie, totdat de kleine fontanel vóór staat, wordt de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling van het kind gemakkelijk gaat.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3500 gr., is 53 cM. lang en heeft normale schedelmaten. Het heeft aan het gelaat wondjes van de tang.

Het kraambed verloopt ongestoord; alleen de 1e dag p.p. temperatuursverhooging tot 38°.

184. J. M. M., 1903. N°. 245, XIII-para, 41 jaar.

Elf kinderen werden spontaan geboren, één werd forcipaal geëxtraheerd. In haar jeugd had de vrouw Rachitis.

3 Juni 3 u. A.M. komt de vrouw in partu.

5 Juni 1 u. 40 A.M. De vliezen zijn gebroken, de ontsluiting is

volkomen, de schedel is met een segment ingedaald. Pat. braakt veel. Temp. 38,2°.

10 u. 15 A.M. De baring is nog niet verder gekomen. De tang wordt dwars aangelegd en door de vermoedelijk vernauwde bekkeningang gehaald, terwijl de vrouw in de ligging van Walcher gebracht is. De kleine fontanel staat nu links dwars. De tang wordt afgenomen, en opnieuw aangelegd, nu in de linker schuine afmeting. Na rotatie volgens Lange totdat de kleine fontanel vóór staat, volgt de extractie. Nadat de placenta volgens Credé verwijderd is, wordt de uterus getamponneerd, daar pat. hevig vloeit.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3700 gr. en is 51 cM. lang.

Groote	omtrek	van	het	hoofd	43	cM.
Middelb.	»	»	»	»	40	»
Kleine	»	»	»	»	35	»
Diam.	fronto-occip.				13,5	»
»	mento-	»			14,5	»
»	suboccip-bregmat.				10,5	»
»	»	-frontal.			11,5	»

Gedurende het kraambed heeft pat. een Pneumonie. 21 Juni wordt zij ontslagen.

185. W. B., 1903. N°. 263, I-para, 24 jaar, komt 15 Juni 12 u. 30 P.M. in partu.

16 Juni 2 u. A.M. Pat. heeft temperatuursverhooging, die stijgt tot 39,7°, waarom tot termineeren wordt besloten. Er is 4 à 5 cM. ontsluiting, de vliezen staan, de schedel is met een segment ingedaald.

Nadat het ostium uteri volgens de methode van Bonnaire—v. Oordt verwijd is tot volkomen ontsluiting, worden de vliezen gebroken. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel in de bekkenholte getrokken. De kleine fontanel staat dan links vóór, bijna dwars. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd in de linker schuine afmeting. De schedel wordt geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat en dan geëxtraheerd. Daarna volgt de verdere extractie van het kind. Er ontstaat een perineaal ruptuur, die gehecht wordt. Na verwijdering der placenta, vloeit pat. vrij hevig, waarom de uterus getamponneerd wordt.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 3420 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

In het kraambed heeft pat. nog eenige malen temperatuursverhooging gehad, die met gebruik van chinine verdwenen. Na 23 Juli is de temp. normaal. Overigens verloopt het puerperium ongestoord en 3 Aug. wordt pat. ontslagen.

186. J. d. J., 1903. N°. 457, VIII-para, 40 jaar.

De eerste 5 kinderen werden spontaan geboren, de 2 laatsten met aanwending van kunsthulp.

29 Oct. 2 u. 30 P.M. wordt pat. op de verloskamer gebracht, daar een poging, den partus forcipaal te termineeren, in de stad mislukt was.

Er is volkomen ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is met een klein segment ingedaald, de pijlnaad verloopt dwars, vermoedelijk met de kleine fontanel links.

De tang wordt dwars aangelegd en nadat de vrouw in de ligging van Walcher gebracht is, wordt de schedel in de bekkenholte getrokken. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd in de linker schuine afmeting. Na rotatie volgens Lange volgt de extractie.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het weegt 4100 gr., is 51 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

187. J. M. B. 1897. N°. 243, IV-para, 39 jaar.

Heeft in haar jeugd Rachitis gehad. Heeft plat vernauwd rachitisch bekken, met een conj. vera van 8 cM. Het eerste kind werd geperforeerd; voor het tweede kind werd partus arte praematurus opgewekt, voor het derde kind ook; dit laatste was echter dood en onvoldragen.

9 Juli wordt pat. op de verloskamer gebracht, hoewel ze nog geen weeën heeft. De vrucht is nog geheel ballotteerend; brengt men den schedel op den bekkeningang, dan kan men het er onmogelijk indrukken. Bij inwendig onderzoek blijkt, dat de portio ongeveer $1^1/_2$ cM. lang is, het ostium externum is gespleten en voor den vinger toegankelijk. Daar volgens berekening pat. in de 35e week is, wordt besloten de partus aan den gang te brengen. Hiertoe wordt een goed gedesinfecteerde bougie, door een speculum heen, in den uterus gebracht, tusschen vruchtzak en achterwand van den uterus, en daar gelaten.

11 Juli. Een nieuwe bougie wordt ingebracht, daar de eerste uit den uterus is gegleden. Pat. heeft nog geen weeën.

13 Juli. 11 u. A.M. Daar er nog geen weeën zijn opgetreden, wordt de hooge eivliessteek gedaan. Er loopt helder vruchtwater af. Bijna dadelijk hierna beginnen de weeën.

8 u. P.M. 4 cM. ontsluiting. De schedel is niet ingedaald. Pat. klaagt over voortdurende pijn.

14 Juli 4 u. A.M. ± 6 cM. ontsluiting. De schedel is met een klein segment ingedaald. Pat. is zeer uitgeput.

15 Juli. 5 u. A.M. Temp. 38,1°, pols zeer frequent. Ontsluiting 8 cM. De schedel is iets dieper ingedaald. Besloten wordt tot forcipale extractie. De schedel wordt door uitwendigen druk iets dieper gedrukt; dan wordt de tang dwars aangelegd en de schedel geheel in

de bekkenholte getrokken. De kleine fontanel staat nu rechts vóór. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd, maar nu in de rechter schuine en de schedel geëxtraheerd, waarna de verdere ontwikkeling gemakkelijk gaat. Er ontstaat geen perineaal ruptuur.

Nadat de placenta volgens Credé verwijderd is, ontstaat er een hevige fluxus, waarom de uterus getamponeerd wordt. De pols is zeer klein en frequent. Pat. krijgt kamferaether injecties en 1 L. zoutsolutie subcutaan.

Om 7 u. A.M. is de pols weer goed, hoewel frequent.

Het kind is niet asphyctisch, weegt 3000 gr., is 48 cM. lang, en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met een geringe temperatuursverhooging.

188. J. D., 1899. N°. 187, VII-para, 33 jaar.

De vorige kinderen zijn allen spontaan geboren. In haar jeugd heeft ze Rachitis gehad.

Omtrek bekken	90	cM.
Dist. Spinarum	25	»
» Cristarum	27	»
» Tuberum	11	»
Conj. Vera	9	»

Sacrum heeft een haak.

Diagnose: Algemeen plat vernauwd rachitisch bekken,

4 Mei komt de vrouw in partu, 7 Mei loopt het vruchtwater af. 8 Mei 7 u. 30 A.M. komt pat. op de verloskamer met een temp. van 38,5°, en een pols van 140 slagen. Boven de symphysis is een contractiering duidelijk te zien en te voelen. De voorlip is sterk oedemateus. Er is ± 7 cM. ontsluiting; de schedel is met een klein segment ingedaald, doch staat nog niet vast.

9 u. 30 A.M. Met het oog op de algemeene bekkenvernauwing, de contractiering, het oedeem van de voorlip, en de hooge temp. wordt besloten de baring te termineeren, en wel door versie en exractie. Bij inwendig onderzoek met de geheele hand, blijkt echter de contractiering reeds veel hooger te staan en als een koord om de hals van het kind te snoeren. Van de versie wordt afgezien, en beproeft men den schedel volgens Hofmeier in het bekken te drukken, terwijl de vrouw in de ligging van Walcher gebracht is; dit gelukt ook niet.

De tang van Mathieu wordt hierna dwars aangelegd, en terwijl de vrouw weer in de ligging van Walcher is gebracht, de schedel op den bekkenbodem getrokken. De tang van Mathieu wordt nu afgenomen. De kleine fontanel staat nu rechts vóór het diepst. De gewone forceps (van Naegele) wordt nu aangelegd in de rechter schuine; de linker lepel links vóór, de rechter rechts achter, en de schedel volgens Lange

geroteerd tot de kleine fontanel vóór staat, waarna de verdere extractie zonder stoornissen volgt. Er ontstaat geen ruptura perinei.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3700 gr. en is 51 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	41	cM.
Middelb. » » » »	36	»
Kleine » » » »	31,5	»
Diam. fronto-occip.	12,5	»
» mento- »	14	»
» suboccip.-bregmat.	10	»
» » -front.	12,5	»
» biparietalis	10	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

189. K. Z., 1902. N°. 43, I-para, 37 jaar, heeft een algemeen vernauwd plat rachitisch bekken.

Omvang bekken	91	cM.
Dist. Spinarum	26	»
» Cristarum	27,5	»
» Tuberum	9,5	»
Conj. Vera	9¼	»

4 Febr. wordt de eivliessteek verricht, ten einde de partus aan de gang te brengen.

6 Febr. 1 u. A.M. beginnen de weeën.

Om 11 u. P.M. blijkt na blaasontlediging, dat er een contractiering bestaat, die handbreed boven de symphysis te voelen is. Er is ± 5 cM. ontsluiting, de schedel is met een zeer klein segment ingedaald met dwars verloopende pijlnaad.

Na dilatatie van het ostium uteri volgens Bonnaire—van Oordt, wordt de tang nu dwars aangelegd en nadat de vrouw in de ligging van Walcher gebracht is, de schedel in de bekkenholte getrokken. De kleine fontanel staat dan rechts dwars, iets naar voren. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd in de rechter schuine afmeting, en de schedel volgens Lange met de kleine fontanel naar voren gedraaid. Zonder moeite gelukt nu de verdere extractie. Er ontstaat hierbij een kleine perineaal ruptuur, die met 3 hechtingen gesloten wordt.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 2650 gr., is 47 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

190. J. v. D., 1902. N°. 408, III-para, 36 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd, het tweede werd spontaan geboren.

Pat. komt 18 Nov. 6 u. P.M. op de verloskamer. Zij deelt mede dat zij 's morgens in partu gekomen is, en dat de medicus om 12 uur gepoogd had het kind forcipaal te extraheeren, hetgeen mislukt was.

6 u. 55 P.M. De vliezen zijn gebroken, er is volkomen ontsluiting, de schedel is met een groot segment ingedaald met de kleine fontanel links dwars.

8 u. 50 P.M. 3 Vingerbreedten boven de symphysis is een duidelijke contractiering te voelen. De schedel staat nu met de kleine fontanel rechts dwars. De tang wordt dwars aangelegd en de schedel in de bekkenholte getrokken, waarna de kleine fontanel nog rechts dwars staat. De tang wordt afgenomen en nu aangelegd met de linker lepel vóór en de rechter achter, en de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel onder de symphysis staat. Daarna volgt de extractie, waarbij een perineaal ruptuur tot aan den anus ontstaat, die later gehecht wordt.

De placenta wordt volgens Credé verwijderd en de uterus getamponneerd.

Het kind is licht asphyctisch en komt spoedig bij. Het weegt 3750 gr., is 50 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

191. G. H., 1902, N°. 403, XI-para, 40 jaar.

8 kinderen werden spontaan geboren, 2 werden forcipaal geëxtraheerd.

13 Nov. 7 u. P. M. komt de vrouw in partu.

15 Nov. 3 u. 25 P. M. De vliezen zijn gebroken, er is ± 8 cM. ontsluiting, de schedel is met een klein segment ingedaald, met de kleine fontanel links dwars. Er is oedeem van de voorlip.

9 u. P.M. Daar de baring nog niet verder is gekomen en het oedeem van de voorlip toeneemt, wordt tot forcipale extractie besloten; de ontsluiting is volkomen.

De tang wordt dwars aangelegd en de schedel in de bekkenholte getrokken; de kleine fontanel komt hierna links achter te liggen. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd; de linkerlepel wordt van onder uit links vóór aangelegd, daarna de rechterlepel van uit de linker liesplooi rechts achter. Door de handvatsels naar beneden te draaien, wordt de kleine fontanel naar links dwars geroteerd, volgens de methode van Scanzoni. De tang wordt weer afgenomen en opnieuw aangelegd, nu met de rechterlepel vóór, de linker achter, en de schedel geroteerd totdat de kleine fontanel vóór ligt. Daarna volgt op de gewone wijze de extractie.

De placenta wordt volgens Credé verwijderd en, daar de vrouw hevig vloeit, de uterus getamponneerd. Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht. Het heeft indrukken van de tang bij het rechter oor, en

een rechtszijdige facialisparalyse. Het weegt 3540 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

De eerste 6 dagen p.p. verloopen met temperatuursverhooging; verder is het kraambed ongestoord.

192. G. S., 1902, N°. 144, III-para, 41 jaar.

Het eerste kind werd forcipaal geëxtraheerd, het tweede werd spontaan geboren.

16 April 7 u. 45 P.M. wordt de vrouw op de verloskamer gebracht. Zij maakt den indruk van ernstig ziek te zijn. Ze heeft een zeer frequente pols; ze moet bijna voortdurend hoesten, hetgeen haar veel pijn veroorzaakt. Zij blijkt een pneumonie te hebben.

17 April 6 u. P.M. zijn de vliezen gebroken; de ontsluiting is niet volkomen; de schedel is met een segment ingedaald. Daar de foetale harttonen onregelmatig worden, wordt tot forcipale extractie besloten. Nadat het ostium uteri volgens Bonnaire—v. Oordt gedilateerd is, wordt de tang dwars aangelegd en de schedel in de bekkenholte getrokken. De kleine fontanel staat dan links dwars. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd doch nu in de linker schuine afmeting, eerst de rechter, dan de linker lepel. Na rotatie volgens Lange, wordt de schedel geëxtraheerd, waarbij het achterhoofd over het perineum te voorschijn komt! (vermoedelijk bestond er dus kr. a. r. d.).

Het kind is licht asphyctisch, weegt 3540 gr., is 49 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging, gelijk te verwachten was, wegens de Pneumonie. 4 Mei wordt pat. geheel genezen ontslagen.

193. M. H., 1899, N°. 129, XIII-para, 45 jaar.

De eerste 10 kinderen werden spontaan geboren. Bij de 11e partus, was na vergeefsche poging tot forcipale extractie, perforatie gedaan. Het 12e kind werd weder spontaan geboren. Hierna had de vrouw nog éénmaal abortus.

Pat. heeft een plat vernauwd niet rachitisch bekken; van bekkenmaten zijn alleen vermeld de Dist. Spinarum 25½ cM. en de Dist. Cristarum 27½ cM.

18 Maart 2 u. P.M. beginnen de weeën.

19 Maart 3 u. P.M. vindt men ontsluiting ± 8 cM., de vliezen zijn gebroken, de schedel is met een klein segment ingedaald.

9 u P.M. De ontsluiting is weinig of niets toegenomen: de schedel is niet dieper ingedaald, terwijl de schedelstand moeilijk te bepalen is. Er is oedeem van de voorlip.

Te 11 u. 30 P.M. voelt men handbreed boven de symphysis een contractiering.

20 Maart 12 u. 30 A.M. Er wordt besloten de baring te termineeren. Men laat pat. de keus tusschen sectio caesarea en de kans op perforatie van het kind. Pat. kiest het laatste.

Met de rechterhand wordt in den uterus gegaan en gevoeld dat de schedel in kruinligging staat met het achterhoofd rechts dwars. Nu wordt beproefd langs het hoofd met de hand op te gaan, doch de contractiering verhinderd deze poging, zoodat van versie wordt afgezien. De tang wordt nu dwars aangelegd, de vrouw in de ligging van Walcher gebracht en met zeer veel moeite wordt de schedel in het bekken getrokken. Daarna wordt de tang afgenomen en wordt de schedel verder geboren met toepassing van de handgreep van Ritgen en druk op den fundus uteri, waarbij het achterhoofd naar achter draait. Het kind wordt verder op de gewone wijze ontwikkeld. De placenta wordt na 3 kwartier, volgens de methode van Credé verwijderd.

Het kind is asphyctisch, maar wordt bijgebracht.

Het weegt 3950 gr. en is 52 cM. lang.

Groote omtrek van het hoofd	42	cM.
Middelb. » » » »	36	»
Kleine » » » »	35	»
Diam. fronto-occip.	12	»
» mento- »	14	»
» suboccip.-bregmat.	10	»
» » -frontal.	11	»
» biparietalis	10,5	»

Het kraambed verloopt ongestoord.

194. E. G. W., 1903, N°. 368, VI-para, 38 jaar.

De vorige kinderen zijn spontaan geboren.

14 Sept. 10 u. A.M. wordt de vrouw op de verloskamer gebracht met diagnose: Aangezichtsligging, gebroken vliezen en voortdurend pijn.

Halverwege navel en symphysis is een contractiering duidelijk zichtbaar, minder goed te voelen. Er is 9 à 10 cM. ontsluiting, de vliezen zijn gebroken, de schedel is met een flink segment ingedaald in aangezichtsligging, terwijl de kin links achter staat.

De tang wordt dwars aangelegd, en de schedel geheel in de bekkenholte getrokken. Daarna wordt de tang afgenomen. Daar de kin nog links achter staat, wordt de tang aangelegd in de rechter schuine afmeting, de linkerlepel vóór, de rechter achter; de forceps wordt nu naar beneden gedraaid tot in de rechte afmeting, waardoor de kin links dwars komt te staan. De tang wordt nu weer afgenomen en opnieuw aangelegd in de linker schuine afmeting (de rechterlepel vóór,

de linker achter), en de schedel geroteerd totdat de kin onder de symphysis staat; daarna volgt de extractie. Na afnamé van de tang wordt de romp gemakkelijk geboren. Er ontstaat geen ruptura perinei. Het kind is licht asphyctisch en is spoedig bij. Het weegt 3370 gr., is 52 cM. lang en heeft normale schedelmaten.

Het kraambed verloopt ongestoord.

195. C. J., 1898, N°. 131, I-para, 27 jaar, komt 11 Maart in partu. 13 Maart 3 u. 15 P.M., bij komst op de verloskamer, vindt men volkomen ontsluiting, gebroken vliezen, schedel met een klein segment ingedaald en geheel vaststaande. In de stad was reeds poging gedaan tot forcipale extractie, doch zonder succes.

De tang wordt dwars aangelegd en de schedel op den bekkenbodem getrokken. De tang wordt afgenomen. Bij onderzoek blijkt er nu te zijn een voorhoofdsligging met de kin rechts vóór. De tang wordt nu opnieuw aangelegd en de schedel geëxtraheerd, waarna verder het kind ontwikkeld wordt. Er ontstaat geen ruptura perinei.

Het kind sterft eenige minuten na de geboorte. Het achterhoofdsbeen is zeer klein. Voorts is er een spina bifida dorsalis.

Het kraambed verloopt met temperatuursverhooging.

196. M. B., 1898, N°. 197, I-para, 41 jaar.

Dist. spinarum 24 cM.
» cristarum 26,5 »
Conj. Vera 10 »

De buik is sterk uitgezet, zoodat de diagnose gemaakt wordt: Licht, algemeen gelijkmatig vernauwd bekken en Hydramnion.

6 Juni. Pat. heeft den geheelen dag pijn gehad. Om 10 uur P.M. is de portio verstreken, het ost. uteri ext. is voor den vingertop toegankelijk. Na 15 min. is de ontsluiting 3 cM. De schedel staat balotteerend op den bekkeningang.

De vliezen worden manueel gebroken, waarna ± 2½ L. vruchtwater afloopt.

10 Juni. De partus is niets gevorderd; de ontsluiting is nog steeds 3 cM., de schedel staat nog op den bekkeningang.

Het ostium uteri wordt daarom op 3 plaatsen ingeknipt, de schedel door uitwendigen druk zooveel mogelijk in het bekken geduwd, de tang dwars aangelegd, en de schedel hiermede geheel in de bekkenholte getrokken. De tang wordt afgenomen en opnieuw aangelegd (hoe?), de kleine fontanel naar voren gedraaid en de schedel geëxtraheerd, waarna de rest van het kind ontwikkeld wordt.

Het kind is dood.

Daar pat. vloeit wordt de uterus getamponneerd, nadat de placenta manueel verwijderd is.

12 Juni. Pat. heeft plotseling hooge temp. en kleine pols van 188 slagen. Ze heeft pijn in de borst; op beide longen rhonchi te hooren. De tampon wordt verwijderd; stinkt niet. Pat. collabeert en krijgt eenige kamferolie-injecties. De pols blijft klein en frequent, pat. komt niet meer bij en succombeert te 9 u. 20 P.M.

197. A. P., 1898, N°. 308, X-para, 38 jaar, wordt 25 Aug. te 12 u. M. op de verloskamer gebracht, met diagnose Eclampsia Parturientium. Zij is bewusteloos en heeft trekkingen in armen en beenen. Bij inwendig onderzoek vindt men staande vliezen, 4 cM. ontsluiting, de schedel bewegelijk boven den bekkeningang. Tot 2 u. 45 P.M. krijgt Pat. 4 aanvallen, waarom subcutane morphine-injecties gegeven worden.

Daar versie onmogelijk blijkt te zijn, wordt de baring te 3 u. 15 getermineerd door het aanleggen van de hooge tang.

De pols van pat. is zeer klein en krijgt zij hypodermatoclyse van physiol. zoutsolutie.

De placenta wordt te 4 u. 30 P.M. spontaan geboren; pat. vloeit niet.

Het kind is asphyctisch, doch komt spoedig bij. In puerperio komt geen aanval meer voor. Bij melkdieet, verdwijnt het eiwit spoedig uit de urine. De hoogste temp. is 37.5°.

13 Sept. wordt pat. ontslagen.

198. A. B., 1898, N°. 307, I-para, 20 jaar, komt 17 Aug. in partu. Van bekkenmaten staat alleen opgeteekend Dist. Spinarum 24, Dist. Cristarum 25,5 cM.

19 Aug. De ontsluiting is ± 5 cM., de vliezen zijn gebroken, de schedel staat bewegelijk boven den ingang. Een handbreed onder den navel is een schuin verloopende contractiering duidelijk zicht- en voelbaar. Te 11 u. 30 P.M. wordt de baring getermineerd door het aanleggen van de hooge tang. Om de extractie mogelijk te maken worden incisies gemaakt in het ostium ext., in het perineum, en in de vulvairwand. De incisies in vulva en perineum worden later weer gehecht.

Het kind weegt 3080 gr., is 55 cM. lang en sterft eenige minuten na de geboorte.

Spoedig na de partus krijgt pat. incontinentia urinae en haemàturie. Ook koortst ze, doch de temp. gaat niet hooger dan 38,2°.

12 September wordt pat. ontslagen.

De hooge tang werd aangelegd 28 maal, en wel 7 maal bij primiparae, 21 maal bij multiparae.

Van de multiparae waren de vorige baringen verloopen als volgt:

II-para,	1 kind	spontaan.	
III- »	2 »	spontaan.	
	2 »	spontaan.	
	1 »	forcipaal,	1 spontaan.
	1 »	»	1 »
	1 »	»	1 »
	1 »	spontaan,	1 perforatie.
IV- »	1 »	spontaan,	1 forcipaal, 1 versie en extr.
	1 »	perforatie,	2 spontaan na p. a. pr.
V- »	4 »	onbekend.	
VI- »	5 »	spontaan.	
	4 »	»	1 forcipaal.
VII- »	6 »	»	
	5 »	»	1 forcipaal.
VIII- »	7 »	»	
	5 »	»	2 kunstmatig.
X- »	9 »	»	
XI- »	8 »	»	2 perforatie.
XIII- »	12 »	»	
	11 »	»	1 forcipaal.
	11 »	»	1 »

Van de *bekkens* is het volgende bekend. Het *algemeen gelijkmatig vernauwde* bekken kwam 3 maal voor, het *platvernauwde* 1 maal, het *plat vernauwde rachitische* 5 maal, het *algemeen plat vernauwde rachitische* 2 maal, het *dwars vernauwde* 1 maal. Van 2 vrouwen staat opgeteekend, dat zij een bekkenvernauwing hadden, zonder meer; 1 vrouw had in haar jeugd Rachitis, maar de bekkenmaten zijn niet opgegeven.

De Conjugata Vera wisselde bij de bovengenoemde bekkens af van 8 tot 10$^3/_4$ cM.

De *indicatie* tot termineeren der baring werd in 20 gevallen

geleverd door het *levensgevaar van de moeder*, dat wederom 12 maal tot oorzaak had een *hoogstaande contractiering*. De contractiering trad 6 maal op bij bekkenvernauwing. Een maal werd de indicatie tot termineeren nog versterkt door een sterk oedeem van de voorlip en temperatuursverhooging.

Uterus ruptuur werd in alle gevallen voorkomen; éénmaal stierf het kind kort na de geboorte, vermoedelijk aan de wonden door de tang teweeg gebracht, een ander maal had het kind slechts eenige indruksels van de tang gekregen.

Temperatuursverhooging trad 4 maal op. Eénmaal tengevolge van Pneumonia Crouposa; een ander maal verdween de hooge temperatuur na toediening van chinine.

Oedeem aan de voorlip bracht 3 maal de gezondheid, *Eclampsie* 1 maal het leven van de vrouw in gevaar. In dit laatste geval kwam geen aanval meer voor, na den partus en het albumen verdween spoedig uit de urine.

Het *leven van de vrucht* was 2 maal in gevaar; in het eene geval werden de foetale harttonen onregelmatig, in het andere ook nog bovendien langzamer. Beide malen waren de kinderen asphyctisch en werden bijgebracht.

Prophylactisch werd 3 maal de extractie verricht, na in het eene geval 3 uur gewacht te hebben of de baring spontaan zou geschieden; van de 2 andere staat geen wachttijd opgegeven. Eénmaal bestond er Hydramnion; er staat niets vermeld of de foetale harttonen goed hoorbaar waren; het kind was dood bij de geboorte. In de 2 andere gevallen waren de kinderen diep asphyctisch, maar werden bijgebracht. In alle 3 gevallen was er bekkenvernauwing; twee bekkens waren algemeen gelijkmatig vernauwd, één plat vernauwd rachitisch.

Zonder bekende oorzaak werd 3 maal de baring getermineerd. Eénmaal vermoedelijk omdat de baring reeds zeer lang geduurd had, dus prophylactisch, tweemaal omdat in het huis der patienten reeds forcipale extractie was beproefd, zonder echter een indicatie te vermelden.

Waarom werd nu in al deze gevallen besloten tot het aan-

leggen van de hooge tang? In de 12 gevallen van contractiering uit vrees voor uterus ruptuur; 4 maal was eerst nog keering op den voet beproefd, doch zonder succes. In de 16 overige gevallen is slechts twee maal versie beproefd en mislukt. De hooge tang werd aangelegd 6 maal omdat de schedel vaststond in de bekkeningang, 7 maal staat echter geen reden opgegeven; vermoedelijk stond toen de schedel ook te vast om op te duwen. In één geval stond de schedel nog ballotteerend op de bekkeningang, en moest hij eerst met uitwendige handgrepen in het bekken gedrukt worden, alvorens men de tang kon aanleggen.

In 6 gevallen blijkt niet uit de ziektegeschiedenis of de ontsluiting *volkomen* was, toen de forceps werd aangelegd. De ontsluiting was *onvolkomen* 9 maal; in 4 gevallen werd het ostium uteri volgens Bonnaire—van Oordt verwijd, in 1 geval werd het ostium op 3 plaatsen ingeknipt.

De *ligging van Walcher* is 7 maal toegepast; ééns bij een algemeen gelijkmatig vernauwd bekken, eens bij een plat vernauwd, twee maal bij een algemeen plat vernauwd rachitisch bekken.

De *tang van Mathieu* is slechts in één geval gebruikt en zooals mij later bij navragen bleek, slecht demonstrationis causa. In de overige 27 gevallen werd de *tang van Naegele* gebruikt.

Hoe is de tang nu aangelegd?

Het is wenschelijk de hooge tangextractie te verdeelen in 2 tempo's; als eerste beschouwende dat deel van de extractie, dat den schedel geheel op den bekkenbodem brengt, als tweede tempo de verdere extractie. Bespreken we eerst het eerste tempo.

De tang werd éénmaal *schuin* aangelegd; de groote fontanel stond hierbij het diepst rechts vóór; de tang werd aangelegd met de rechter lepel rechts achter, de linker lepel links vóór; de tang gleed éénmaal af, en werd toen weder in dezelfde afmeting aangelegd, waarna de extractie gelukte. Er was geen poging gedaan om de tang dwars aan te leggen. Het kind

stierf een kwartier na de geboorte, vermoedelijk tengevolge van de traumata, die de lepels op de beide wandbeenderen hadden toegebracht.

De tang (waaronder éénmaal die van Mathieu) werd *dwars* aangelegd 25 maal, en wel bij A. a. l. v. 1, bij A. a. l. a. 2, bij A. a. r. a. 1, A. a. l. d. 4, A. a. r. d. 2, Kr. a. r. d. 1 en Aa. k. l. a. 1 maal; van 13 gevallen was niet duidelijk de plaats der fontanellen te weten. In alle gevallen ging het aanleggen van de tang zeer gemakkelijk en is zij geen enkele maal afgegleden. Eénmaal werd de tang dwars aangelegd bij A. a. l. d., nadat een poging hem schuin aan te leggen, mislukt was. Slechts 6 maal staat vermeld, dat de extractie ondersteund werd door uitwendigen druk op den schedel; er mag echter verwacht worden, dat dit meerdere malen geschiedt is.

Nadat de schedel op den bekkenbodem getrokken was, was de stand als volgt:

A. a. l. v.	werd	A. a. l. v.
A. a. l. a.	»	A. a. l. d.
A. a. l. a.	»	A. a. l. d.
A. a. r. a.	»	A. a. r. d.
A. a. l. d.	»	A. a. l. v.
A. a. l. d.	»	A. a. l. d.
A. a. l. d.	»	A. a. l. d.
A. a. l. d.	»	A. a. l. a.
A. a. r. d.	»	A. a. r. d.
A. a. r. d.	»	A. a. r. d.
Kr. a. r. d.	»	Kr. a. r. a.
Aa. k. l. a.	»	Aa. k. l. a.

Van de overige 13 gevallen stond de schedel na het 1e tempo als volgt: A. a. l. v. 1, A. a. r v. 1, A. a. l. d. 4, A. a. r. d. 2, Kr. a. r. d. 1 en V. k. l. v. 1 maal, terwijl 2 maal niets staat opgegeven.

Van 2 gevallen is *niet bekend*, hoe de tang bij het 1e tempo werd aangelegd, noch hoe de schedel daarna stond.

Het 2e tempo van de hooge tang-extractie bestond 3 maal

in de *handgreep van Ritgen*, en wel 2 maal bij achterhoofdsligging, eens bij kruinligging.

Vier maal werd de tang *dwars* aangelegd (nadat éénmaal de kleine fontanel met de hand naar voren was gedraaid), en wel 3 maal bij achterhoofdsligging, eens bij voorhoofdsligging.

De *rotatie volgens Lange* geschiedde 15 maal en wel bij A. a. l. d. 9, bij A. a. r. d. 5 en bij Kr. a. r. d. 1 maal. Steeds werd de voorste lepel het eerst ingebracht, onmiddellijk op zijn plaats, hetgeen ook gebeurde bij de *rotatie volgens Scanzoni*, die eens bij A. a. l. a. en eens bij Aa. k. l. a. werd toegepast.

Van 4 gevallen staat niet opgeteekend, hoe het 2e tempo geschiedde.

Een *perineaal ruptuur* ontstond 3 maal bij primiparae, 3 maal bij multiparae.

Een éénzijdige *episiotomie* werd éénmaal met succes verricht, een dubbelzijdige eens met, en eens zonder succes.

Van de kinderen waren er 4 *niet*, 9 *licht* en 13 *diep* asphyctisch, doch werden bijgebracht. Twee kinderen werden *dood* geboren. Van de diep asphyctische *stierven* er 3 kinderen zeer spoedig na de geboorte.

Een kind had flinke wonden aan het hoofd, bij een ander was de schedel op verschillende plaatsen gefractureerd; een kind had een paar kleine wondjes, en twee hadden indruksels van de tang; één bovendien nog een rechtszijdige facialisparalyse. Behalve het eerste, dat spoedig succombeerde, genazen de kinderen spoedig.

Het kraambed verliep *ongestoord* in 13, met *temperatuursverhooging* eveneens in 13 gevallen; hiervan was de vrouw éénmaal lijdende aan Pneumonia Crouposa, éénmaal verdween de hooge temp. na toediening van chinine.

Eene vrouw kreeg spoedig na de partus Haematurie, inconti-

nentia urinae en temperatuursverhooging; na 3 weken werd ze echter geheel genezen ontslagen.

Eéne vrouw kreeg ruim twee dagen post partum zeer hooge temperatuur en een kleine frequente pols; zij had pijn in de borst, en op beide longen waren ronchi te hooren; ze collabeerde en stierf na een paar uur.

Twee jaar geleden heeft SEMMELINK in de Geneeskundige bladen 1) 11 gevallen van hooge tang gepubliceerd, waarbij 2 maal de tang dwars werd aangelegd; in beide gevallen gleed zij af. In het eerste geval had de tang geen succes, in het tweede slaagde de extractie naar wensch, toen zij schuin was overgelegd. In 8 gevallen, werd de tang steeds scheef aangelegd en had slechts in één geval geen succes, waarna tot perforatie werd overgegaan. Hetzelfde geschiedde in één geval, waarbij de tang op onbekende wijze was aangelegd.

Semmelink komt tot de conclusie, dat het aanbeveling verdient, de tang scheef aan te leggen, en niet alleen omdat de extractie beter gelukte op die manier, maar ook omdat de uitslag voor moeder en kind zeer gunstig was te noemen. De moeders kregen geen van alle eenig blijvend letsel en slechts 2 maal ontstond een perineaal ruptuur, of in 18,1 % der gevallen. De kinderen kregen in twee gevallen letsel, hetzij een schedelfractuur, hetzij een facialis paralyse; beide genazen echter spoedig. Een kind stierf 2 dagen na de geboorte aan een onbekende oorzaak.

Vergelijken we hiermede de resultaten uit de Amsterdamsche vrouwenkliniek, dan zien we dat die voor moeder en kind eveneens zeer gunstig zijn. Van de 28 vrouwen kreeg ook geene enkele blijvend letsel, terwijl 3 maal bij de 7 primiparae en 3 maal bij de 21 multiparae een perineaal ruptuur ontstond, of slechts in 14,2 %. De dood van de vrouw, die 2 dagen post partum met verschijnselen van een longaandoening suc-

1) Negende reeks No. VII.

combeerde, kan bezwaarlijk aan de *hooge* tang worden toegeschreven. Van de 28 kinderen werden er 2 dood geboren; in het eene geval is de ziektegeschiedenis zeer onvolledig, is er van harttonen totaal niets opgeteekend, evenmin een indicatie genoemd waarom de baring getermineerd werd, en bestond er hydramnion; in het andere geval staat ook niet opgegeven, hoe de foetale harttonen waren, toen besloten werd de tang aan te leggen; het is zeer wel mogelijk, dat het kind toen reeds dood was, te meer daar de vrouw temperatuursverhooging had en het vruchtwater erg stonk.

Van de 25 gevallen waarbij de tang dwars werd aangelegd, waaronder één geval, waarbij aanlegging in de schuine afmeting mislukte, kregen 3 kinderen laesies, die alle genazen. In het ééne geval echter, waarbij de tang schuin werd aangelegd, kreeg het kind belangrijke traumata aan den schedel, waardoor het bijna onmiddellijk na de geboorte succombeerde.

Het aanleggen van de tang dwars, ging in alle gevallen zeer gemakkelijk, de tang gleed geen enkele maal af, terwijl de extractie eveneens geen moeilijkheden aanbood.

Op grond van bovenstaande meen ik dus te mogen concludeeren, dat het aanbeveling verdient, de tang, bij hoogen stand van den schedel, *dwars* aan te leggen.

Tenslotte dient één geval (194) nog nader besproken te worden. In de vergadering der Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging van 14 December 1902 deed Prof. KOUWER 1) mededeeling van drie gevallen van aangezichtsligging met verkeerde of onvolkomen spildraai en weinig indaling, waarbij hij, alvorens de tang aan te leggen, de bestaande ligging met de hand veranderd had in achterhoofdsligging, waarna de forcipale extractie bijzonder gemakkelijk ging.

Prof. TREUB merkte op, dat deze gevallen van nog meer belang zouden zijn, als aan de correctie een vruchtelooze poging

1) Ned. Tijdschrift voor Verlosk. en Cyn. 1903 pag. 43.

tot forcipale extractie was voorafgegaan, daar het zeer goed mogelijk was, dat de extractie bij niet gecorrigeerde aangezichtsligging even gemakkelijk zou zijn gegaan, als nu nà de correctie het geval was. Hij zou gaarne de methode van Kouwer beproeven, maar daaraan eerst een poging met de tang laten voorafgaan, ten einde uit te maken, of de manueele correctie inderdaad een aanwinst voor de therapie is. Hij had nog nooit de tang aangelegd bij aangezichtsligging met verkeerde spildraai en weinig indaling.

Prof. Kouwer had dit evenmin gedaan, maar dacht dat het aanleggen van de tang zeer moeilijk zou zijn, en de kans op slecht pakken van het hoofd groot. Daar bovendien de manueele correctie zoo gemakkelijk bleek te zijn, was hij van meening, dat die methode aanbeveling verdiende.

Juist 9 maanden later deed zich in de Vrouwenkliniek te Amsterdam een dergelijk geval voor van aangezichtsligging met weinig indaling en verkeerden spildraai, terwijl een hooger komende contractiering het termineeren van de baring wenschelijk maakte. Zonder dat correctie van den schedel beproefd was, werd de hooge tang dwars aangelegd en de schedel geëxtraheerd. Kind en moeder waren beiden volkomen goed.

Al bewijst dit ééne geval nu niet, dat de forcipale extractie in bovengenoemde omstandigheden *altijd* zeer gemakkelijk zal gaan, het bewijst wel, dat de extractie gemakkelijk *kan* geschieden, en dat de door Kouwer gewenschte correctie in achterhoofdsligging niet steeds vooraf dient te gaan.

Hoofdstuk V.

Wanneer we nagaan of de tang dikwijls is aangelegd, dan zien we, dat het aantal forcipale extracties betrekkelijk gering is geweest. Bij de 3611 vrouwen, die van 12 Mei 1896, tot 31 December 1903 in de Vrouwenkliniek zijn bevallen, is toch slechts 198 maal of in 5,20 pct. der gevallen de baring forcipaal getermineerd.

Onmiddellijk springt in het oog, dat het aantal tangverlossingen bij de primiparae grooter is, dan bij de multiparae. Van de 1508 primiparae werd bij 131 de tang aangelegd; bij de 2103 multiparae kwamen slecht 67 tangextracties voor, of resp. in 8,6 en 3,1 pct. der gevallen. Alleen het aantal der hooge-tang-extracties was bij de multiparae grooter, dan bij de primiparae.

Het is zeer belangrijk eens na te gaan, of bij primiparae het aantal forcipale extracties toeneemt met den leeftijd.

Hierbij is het slechts te doen of bij oudere primiparae de baring langer duurt en dus de prophylactische extractie meer aangewezen zal zijn, dan bij de jongere. In de onderstaande tabel komen dan ook alleen voor, die tangverlossingen, die verricht zijn op prophylactische indicatie, en niet wegens levensgevaar van moeder of kind; ook de extracties bij bekkenvernauwing zijn uitgesloten.

LEEFTIJD.	PRIMIPARAE.	FORCIPALE EXTRACTIES.	
		Totaal.	in pCt.
15 jaar.	8	—	—
16 »	20	—	—
17 »	47	—	—
18 »	113	2	1,7
19 »	175	3	1,7
20 »	173	4	2,3
21 »	160	3	1,8
22 »	166	5	3,—
23 »	129	6	4,6
24 »	118	3	2,5
25 »	63	5	7,9
26 »	60	1	1,6
27 »	49	—	—
28 »	49	5	10,2
29 »	19	1	5,2
30 »	35	3	8,5
31 »	16	—	—
32 »	17	1	5,8
33 »	15	—	—
34 »	14	3	21,4
35 »	13	3	23,—
36 »	16	2	12,5
37 »	9	—	—
38 »	8	1	12,5
39 »	2	1	50,—
40 »	4	—	—
41 »	4	—	—
42 »	1	—	—
43 »	3	1	33,3
44 »	2	—	—
	1508	53	3,5

Men ziet hieruit, dat de forceps meer werd aangelegd, naarmate de vrouwen ouder waren. Daar op sommige leeftijden echter geen extracties werden verricht, krijgt men een nog beter overzicht uit de volgende tabel, waarbij de leeftijden in groepen van 5 jaar verdeeld zijn.

LEEFTIJD.	PRIMIPARAE.	FORCIPALE EXTRACTIES.	
		Totaal.	In pCt.
15—19 jaar.	363	5	1,4
20—24 »	746	21	2,8
25—29 »	240	12	5,—
30—34 »	97	7	7,2
35—39 »	48	7	14,5
40—44 »	14	1	7,1
	1508	53	3,5

Van 15 tot 19 jaar werden de minste extracties verricht, de meeste van 35 tot 39 jaar. Van het 40ste jaar af is echter wederom eene daling bemerkbaar.

Gaan we ten slotte nog eens na, hoe de resultaten waren van alle verrichte forcipale extracties voor moeder en kind.

Het kraambed verliep volkomen ongestoord 86 maal, met temperatuursverhooging 100 maal, onbekend 6 maal; de moeder stierf 3 maal, in 2 gevallen aan Eclampsie, 1 maal aan een onbekende oorzaak, plotseling twee dagen postpartum; in geen dezer gevallen mag men dus de oorzaak van den dood aan de applicatie van de tang wijten. Eéne vrouw had cystitis, doch het is niet zeker of zij deze eerst na haar bevalling kreeg of reeds had toen ze in de kliniek werd opgenomen.

Van de 198 gevallen zijn er slechts 2, waarbij men mag aannemen, dat de ontstane laesies door de tang zijn teweeggebracht, nl. een geval van recto-vaginaal fistel en een geval van haematurie gecombineerd met incontinentia urinae. Het

is echter evenzeer aannemelijk, dat deze beide complicaties ontstaan zijn door de lange duur der baring, door den druk van het hoofd tegen de bekkenwand. Overigens genazen ook deze vrouwen zeer spoedig en kregen geen blijvend nadeel. Het aantal perineaal rupturen is zeer groot, het bedraagt 102 bij de 198 vrouwen of 51,5 pCt. Het bedraagt bij de 131 primiparae 88 of 67,1 pCt., bij de 67 multiparae 14 of 20,8 pCt.

Voor de moeders zijn de resultaten der tangextractie in alle opzichten zeer gunstig te noemen.

Van de kinderen waren er 54 niet, 76 licht en 46 diep asphyctisch; van 4 kinderen is niet vermeld, hoe zij ter wereld kwamen, zij bleven echter in leven. 18 kinderen werden dood geboren; hiervan waren 9 maal geen harttonen meer te hooren, 1 maal twijfelachtig en 3 maal waren de tonen zeer slecht, toen de extractie geschiedde. De oorzaak van den dood is hier dus niet aan de tang te wijten; of de tang op den juisten tijd is aangelegd, daarover is vroeger bij de verschillende gevallen reeds gesproken. In 5 gevallen is onbekend, hoe de harttonen waren. De kinderen kregen een facialis-paralyse 7 maal, wondjes aan het hoofd 4 maal, en indruksels van de tang ook 4 maal; één kind kreeg een schedelfractuur. Alle kinderen genazen echter spoedig, behalve één, dat aan de bekomen traumata bezweek. Op de 198 gevallen kwam dus slechts éénmaal de dood voor, door het gebruik van de tang; dat de forceps den schedel hierbij hevig drukken moest, wordt verklaard uit het feit, dat de moeder een algemeen vernauwd bekken had.

Ten slotte nog een enkel woord over de prophylactische extractie, n.l. of men zich zal houden aan den raad van Pinard en twee uren wachten, alvorens haar te verrichten. De conclusies, die hieromtrent uit de vorige bladzijden zijn te halen, zijn, dat het raadzaam is 2 à 3 uren te wachten. In de meeste gevallen was de wachttijd 2 uur, in sommige gevallen echter langer of korter, waardoor het gemiddelde is gebracht op 3

uur en 45 minuten. Twee maal kwam het kind dood ter wereld, een maal na 60 minuten, één maal na 2 uur 15 min. gewacht te hebben, terwijl het zeer valt te betwijfelen of de extractie nog prophylactisch mag genoemd worden.

In de overige gevallen kwamen de kinderen allen levend ter wereld, waaruit volgt dat een wachttijd van 3 u. 45 min. ook niet te lang is.

Verkort behoeft de wachttijd dus niet te worden; langer wachten dan 3 u. 45 min. zou ik echter ook niet willen aanraden, daar dan allicht gevaar voor het leven van moeder of kind zou kunnen optreden en de prophylactische extractie, als zoodanig geen recht van bestaan meer zou hebben.

Bij goede controle der foetale harttonen, wachtte men dus 2 à 3 uur, alvorens de extractie te verrichten.

Vatten we samen, wat de vorige bladzijden ons geleerd hebben, dan komen wij tot de volgende conclusies:

Bij zorg voor goede asepsis, is de forcipale extractie een zoo goed als onschuldige operatie, zoowel voor de moeder, als voor het kind.

Wanneer bij een forcipale extractie de schedel in een schuine afmeting gepakt moet worden, brenge men steeds de voorste lepel het eerst in, en terstond op de goede plaats. Mocht dit mislukken, dan eerst beproeve men de tang op een andere wijze aan te leggen.

Als de schedel volkomen is ingedaald met verkeerden spildraai, bij gebroken vliezen en volkomen ontsluiting, en is termineeren van de baring aangewezen, dan roteere men den schedel volgens Scanzoni en extraheere een schedel in achterhoofdsligging ingedaald niet terwijl de kleine, een schedel in kruinligging ingedaald, niet terwijl de groote fontanel achter staat.

Wanneer men bij een weinig ingedaalden schedel de tang moet aanleggen, dan doe men dit met een gewone tang; de astrekkingstangen zijn daarvoor volkomen overbodig; bovendien legge men de tang steeds dwars aan.

Wanneer de schedel nog op den bekkeningang staat of slechts met een klein segment is ingedaald, en termineeren van de baring noodzakelijk is, dan beproeve men eerst keering op de voet te doen met navolgende extractie; is de keering echter mislukt of gecontra-indiceerd, dan probeere men den schedel met de tang te extraheeren, alvorens tot sectio caesarea, symphysiotomie of perforatie over te gaan.

Wanneer bij volkomen ontsluiting en gebroken vliezen de geheel ingedaalde schedel gedurende twee à drie uren ten eenen male niet verder komt, dan verrichte men de prophylactische extractie.

STELLINGEN.

I.

Wanneer termineeren van de baring noodzakelijk is, bij volkomen ontsluiting en gebroken vliezen, terwijl de schedel geheel is ingedaald met verkeerden spildraai, dan roteere men den schedel volgens Scanzoni.

II.

Het feit, dat bij een in aangezichtsligging geheel ingedaalden schedel, de kin naar achteren staat, geeft nog niet het recht den schedel te perforeeren.

III.

De „hooge tang" legge men steeds dwars aan.

IV.

Het is nog niet met voldoende zekerheid uitgemaakt, of de nieren meer geprikkeld worden bij chloroform-, dan wel bij aether-narcose.

V.

Indien bij kortdurende operaties narcose noodig is, dan passe men de chlooraethyl-narcose toe.

VI.

Een fontanel ontstaat slechts dààr, waar minstens drie schedelnaden gelijktijdig samenkomen.

VII.

Het verdient aanbeveling de myopie bij kinderen geheel te corrigeeren.

VIII.

De cytodiagnostiek is een belangrijk hulpmiddel ter herkenning van den aard van pleuritische exsudaten.

IX.

De Bulau'sche operatie bij Pleura-empyeem verdient geen aanbeveling.

X.

Bij Peritonitis Tuberculosa is slechts dan de laparotomie geïndiceerd, wanneer groote vloeistofophooping in abdomine, mechanische stoornissen veroorzaakt.

XI.

Bij darmbloedingen in het verloop van Typhus abdominalis, is het geven van hypodermatoclysen te ontraden.

XII.

Schoolhygiène behoort een verplicht leervak te zijn voor aanstaande onderwijzers.